

Muskuloskeletal Forum

4

2. årgang
December 2002

Dansk Selskab for
Muskuloskeletal Medicin &
Danske Fysioterapeuters Faggruppe
for Muskuloskeletal Terapi

Er det tid for reumatologer at
genoverveje anvendelsen af
manuelle terapier? **7**

Pelvic sway correction **17**

1st FIMM Scientific Committee
Conference **25**



Indhold

Muskuloskeletalt
Forum

Medlemsblad for
Danske Fysioterapeuters Faggruppe for
Muskuloskeletal Terapi Et
Dansk Selskab for Muskuloskeletal
Medicin
2. årgang · Nr. 4 · December 2002
www.dsmm.org
www.manuelterapi.dk

Redaktion:

Glen Gorm Rasmussen,
Reumatologisk Afdeling,
Aalborg Sygehus Nord,
9000 Aalborg
(e-mail: glengorm@aes.nja.dk)
Allan Gravesen,
Norvangen 3, 4220 Korsør
Lars Remvig,
Klinik for Medicinsk Ortopædi
og Rehabilitering,
H:S Rigshospitalet, Blegdamsvej 9,
2100 København Ø
Frits Christensen,
Postvænget 1, 9440 Aabybro
Gerd Lyng,
Østergade 24, 3770 Allinge
Vibeke Laumann,
Bagsværd Torv 2, 2880 Bagsværd
Flemming Enoch,
Løjtegårdsvej 157, 2770 Kastrup
Christian Couppé,
Team Danmark,
Ildrættens Hus, 2605 Brøndby

Ansvarlig redaktør i henhold
til presseloven:
Glen Gorm Rasmussen

Grafisk design Et sats:
Lægeforeningens forlag,
København

Tryk:
Scanprint a/s, Viby J

Deadline for stof til næste blad
01.02.2003
– forventes udsendt
til medlemmerne
primò marts 2003

Forsidefoto:
Mikkel Østergaard

ISSN: 1602-608X

Leder 4
Vibeke Laumann

Leder 5
Lars Remvig

Columnprisen 6

Er det tid for reumatologer at genoverveje anvendelsen
af manuelle terapier? 7
Mary-Ann Fitzcharles

Injection Therapy in Manuel Medicine for Thoracic and
Shoulder Complaints 11
Jean-Yves Maigne

Dorsal thoracic pain in manual medicine 13
Jean-Yves Maigne

Ligamentinjektioner – proloterapi 16
Glen Gorm Rasmussen

Pelvic sway correction 17
Mark Silvester

Reproducerbarheden af McKenzie's undersøgelsesmetodik 19

Generalforsamling i FIMM, september 2002 20

Litteraturanmeldelse 20

Generalforsamling i DFFMT, indkomne forslag 21

Generalforsamling i DSMM, dagsorden 21

Fælles årsmøde 2003 22

Abstracts til årsmødet 23, 24

Forskning 24

1st FIMM Scientific Committee Conference 25

Kursuskatalog 26

MT-gruppens instruktøruddannelse 27

Eksamen i muskuloskeletal terapi del 1 og 2 28

IMS kursus, nyt kursus – eller en del forandret 28

Kursuskalender for DFFMT 29

Kursuskalender for McKenzie Institut Danmark 29

Eksamen i Muskuloskeletal Terapi, oversigt, del I 30

Eksamen i Muskuloskeletal Terapi, oversigt, del II 31

Kurser 32, 33, 34

Kursuskalender for DSMM 35

Kommende møder 36

DSMM og DFFMT – Bestyrelse og udvalg 38



Leder

Når du modtager dette blad står julen for døren, endnu et år er gået, og det er tid til et tilbageblik på nogle af de tiltag, som er foretaget i løbet af året, og efterfølgende evaluere på disse.

For præcist et år siden, modtog du det første Muskuloskeletalt Forum.

Vi har modtaget mange positive tilkendegivelser på indholdet og glædes over det gode samarbejde mellem de to grupper, men også en del kritik på layoutet. Det kan være svært at finde rundt i bladet, og man skal til tider se godt efter, for at være sikker på, om en kursusannonce tilhører den ene eller anden gruppe.

Dette vil vi forsøge at gøre noget ved.

Vort udgangspunkt var, at bladet skulle holdes på 32 sider. Dette har vist sig at være svært at overholde, og får vi flere annonceindtægter, vil vi forhåbentlig have økonomi til at udvide bladet med 4 eller 8 sider.

Fra næste år overgår arbejdet som den ansvarshavende redaktør til MT-gruppen, og Christian Couppé har tilbudt at overtage pladsen. (Nærmere information herom i næste blad).

I januar måned afholdt MT-gruppen generalforsamling med et forslag om at skifte navn til Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletal Terapi.

Danske Fysioterapeuter gav os en forhandstilkendegivelse om at få status som et fagforum, men ønskede, at vi samarbejdede med sammenlignelige grupper med henblik på at danne et fælles muskuloskeletalt fagforum.

Dette har vi arbejdet med i bestyrelsen. Vi har haft flere møder med McKenzie-gruppen og et møde med Danske Fysioterapeuter, og det er derfor med stor forundring, at vi i Danske Fysioterapeuters årsberetning, som udsendes til over 8.000 fysioterapeuter, kan læse, at det »trods opfordringer fra DF endnu ikke er lykkedes at få faggruppen for Manuel Terapi, McKenzie-gruppen og faggruppen for Medicinsk Træningsterapi til at danne et fælles fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi«.

Det er for det første ikke noget, man gør uden at have accept fra sine medlemmer, og der ligger meget organisatorisk forarbejde, før dette måske vil kunne lade sig gøre.

Og at konkludere, at vi ikke er samarbejdsvillige, er en total misfortolkning.

Efter et år med vort nye navn »Muskuloskeletal Terapi« må vi erkende, at navnet har vist sig at volde flere problemer end tilsigtet.

Vi ønskede en navneforandring for at tilnærme os IFOMTs anbefalinger. Vi ønskede at signalere det brede virkefelt vi står for, og navnet ville harmonere med navnet på vores fælles blad.

Dagligdagen har dog vist sig at være en anden, idet betegnelsen kolliderer med Danske Fysioterapeuters første udpegede område inden for specialisterordningen, muskuloskeletal fysioterapi.

Specialistområderne er med vilje gjort brede, så de dækker store vidensfelter inden for fysioterapi.

Ad hoc-udvalget, som beskriver ordningen, repræsenteres derfor af idrætsgruppen, gyn-obsgruppen, McKenzie-gruppen og MT-gruppen. Det giver problemer, at en af gruppernes navn er sammenfaldende med specialistområdet.

Bestyrelsen har derfor et forslag til den kommende generalforsamling, der lyder på, at vi går tilbage til vort gamle navn Manuel Terapi.

Jeg vil ønske jer alle en god jul og et godt nytår og håber at se mange medlemmer til Årsmødet d. 31. januar – 1. februar 2003, hvor vi ud over et stort fagligt program og en hyggelig festaften også skal drøfte MT-gruppens arbejde i år 2003.

Vibeke Laumann

Leder

Arbejdet med at implementere den nye speciallægeuddannelse i henhold til Speciallægekommisionens rapport skrider sikkert fremad, om end det går noget langsomt inden for det medicinske område. Således er det endnu ikke lykkedes at få beskrevet den medicinske fællesuddannelse (common trunk). Man forventer dog, at de medicinske målbeskrivelser herunder beskrivelserne af de specialespecifikke hoveduddannelser er færdige omkring årsskiftet.

Der er således stadig et stykke arbejde der skal gøres inden Dansk Reumatologisk Selskab (DRS) kan indkalde til fortsatte drøftelser omkring fagområder.

Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse har besluttet, at fagområder ikke skal være en del af specialestrukturen – dvs. at fagområder ikke skal godkendes centralt (læs Sundhedsstyrelsen) – men at de skal være en del af §14-institutionen.

Hvis et lægevidenskabeligt selskab således har beskrevet et fagområde, og hvis en ansættende myndighed efterspørger en person med kompetence i dette område, så skal den af selskabet beskrivne kompetence for fagområdet lægges til grund ved bedømmelsen af ansøgerne.

Denne afgørelse afviger 180° fra det, som Dansk Medicinsk Selskab (DMS) ønskede og det gør at fagområdebegrebet bliver langt mere fleksibelt. Det var også intentionen med fagområder ifølge Speciallægekommisionens rapport og også det som DSMM ønskede.

Ved dialogmødet med DRS i foråret blev det – glædeligt nok – besluttet at fortsætte dialogen omkring etablering af et fagområde i Muskuloskeletal Medicin. DRS har da også i brev af 12. september 2002 informeret os om, at de »har meddelt DMS at de påtænker at iværksætte en proces med henblik på at formulere målbeskrivelser og uddannelsesplaner for følgende 3 fagområder: Muskuloskeletal Medicin, Rehabilitering og Idrætsmedicin.«

Parallelt hermed er det interessant at Fagligt Udvalg vedr. Almen Praksis har diskuteret relevansen af at indføre manuel medicin i Landsoverenskomsten.

Som det fremgår af Lederen i Journal of Rheumatology 2002 er man også »over there« ved at blive klar over, at der findes et område som reumatologer bør genoverveje – nemlig manuel behandling.

Lederskribenten Mary-Ann Fitzcharles gør opmærksom på, at manuel behandling bør tages alvorligt selv om virkningsmekanismen er ukendt og selv om den sande bivirkningsfrekvens er ukendt. Undersøgelser tyder på at den har effekt, men behandlingsformen bør underkastes en nøjere analyse af effekt og bivirkninger.

Hvem skal behandle, spørger hun? Hendes énsidige svar på dette spørgsmål er tilpasset en nordamerikansk virkelighed og kan selvfølgelig ikke accepteres af DSMM.

Lettere tilstande kan og skal naturligvis behandles i primærsektoren, og selvfølgelig skal det være af veluddannede fagfolk, og det er læger, når de ud over deres grunduddannelse og kliniske efteruddannelse har taget en overbygning i Muskuloskeletal Medicin. Og det er fysioterapeuter med deres supplerende overbygning i Muskuloskeletal terapi, lige som kiropraktorer naturligvis er det.

Men der skal også være en veluddannet »backing group« til disse behandlere i primærsektoren, og det vil være naturligt, at denne backing group bestod af læger der i forvejen har viden inden for bevægeapparatets lidelser, og som oven i denne viden har erhvervet yderligere kompetence i fagområdet Muskuloskeletal Medicin.

Det forskningsmæssige aspekt som Fitzcharles nævner er helt relevant. Selv om der er kommet enkelte velkontrollerede artikler som dokumenterer effekt, så er meget af litteraturen præget af for dårligt definerede patientgrupper og for dårligt beskrevne behandlingsteknikker. Det er alene de klassiske manipulations- (thrust) teknikker der har været benyttet, mens de mere skånsomme teknikker som f.eks. MET og MFR slet ikke har været belyst i effektstudier.

Det er derfor så vigtigt, at vi bakker op om det arbejde der gøres i FIMM's Scientific Committee. Komitéen startede sit arbejde for 4 år siden, og først nu begynder arbejdet at efterlade sig nogle spor. Det ses bl.a. af de »protokolstandarder« som er produceret og lagt ind på hjemmesiden (www.DSMM.org) og dels af de arbejder som præsenteres på 1st FIMM Scientific Committee Conference i Odense, Januar 2003, annonceret i dette nummer af Muskuloskeletal Forum og på vores hjemmeside. Slut op om konferencen, få viden om de basale forskningsmæssige teknikker og hør på

nogle af de internationale kapaciteter der kommer til konferencen.

Scientific Committee's arbejde er kun i sin vorden, og allerede nu arbejdes der på at udvide aspektet til et Collegium eller Academy for Musculoskeletal Medicine, et forum hvor alle specialer kan mødes i et frugtbart forskningsmiljø ikke blot til gensidig glæde, men forhåbentlig især til glæde for vore patienter.

Lars Remvig

Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin



Columnaprisen

Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin har indstiftet en pris, der uddeles en gang årligt til en dansk forsker, der har præsteret et vigtigt videnskabeligt arbejde inden for hvirvelsøjleforskning og dermed beslægtede emner.

Prisen er på kr. 15.000 og kan eventuelt deles. Uddelingen finder sted ved den årlige ordinære generalforsamling, og det forventes, at modtageren af prisen præsenterer sit videnskabelige arbejde for selskabets medlemmer.

Indstillingen til prisen foretages blandt videnskabelige arbejder inden for hvirvelsøjleforskning og dermed beslægtede emner, der er egnede til publikation, respektive er publiceret i »Peer-reviewed« nationale eller internationale videnskabelige tidsskrifter.

Ansøgningsfrist med henblik på bedømmelse af arbejderne er den 31. december i det år, der er forudgået af prisuddelingen.

Arbejder der ønskes bedømt mhp. tildeling af Columnaprisen, bedes sendt i 4 eksemplarer til formanden for Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin:

Overlæge, dr.med. Lars Remvig,
Klinik for Medicinsk Ortopædi og Rehabilitering,
H:S Rigshospitalet 7611, T9,
Blegdamsvej 9,
2100 København Ø,

senest den 31. december 2002.

Er det tid for reumatologer at genoverveje anvendelsen af manuelle terapier?

Mary-Ann Fitzcharles, MB, ChB, MRCPUK, FRCPC, Editorial; Journal of Rheumatology, 2002

Læger og specielt reumatologer har bevaret en respektfuld distance – generelt til den komplementære medicinske verden – og specielt til udbydere af alternativ behandling. Retfærdiggørelsen af denne sammenhæng, eller snarere mangel på sammenhæng, har været den betydning Evidence Based Medicine har fået for den medicinske profession, et forhold som stort set mangler inden for alternativ medicin. Ikke desto mindre er befolkningens accept af behandlinger hos udøvere af alternativ medicin blevet tiltagende udbredt, og den omfatter en overvejende del af helbredelse i den 3. verden. Nylige publikationer i den medicinske Main Stream-litteratur har rapporteret om gevinster ved en speciel kategori af »hands on«-behandling, nemlig manuel terapi, som i et studie blev givet af osteopater til low back pain, og i et andet af fysioterapeuter til knæartrose. På baggrund af den således udbredte anvendelse i befolkningen af fysisk interventionsbehandling, af nyligt rapporterede succesrater og af vor egen ringe forståelse for den sande natur af disse behandlinger, er det måske på tide at læger skulle begynde at gå i dialog med udøvere af manuelle terapier med henblik på at definere, hvad begge parter kan acceptere og med henblik på at udvikle vor forståelse for interventioner som til dato forbliver temmelig mystiske i forhold til vor forståelsesramme.

Hvilke patienter kunne få gevinst af »hands on«-behandling?

Et udgangspunkt kunne være behandlingen af reumatologiske bløddels- og mekaniske problemer, et område som indeholder speciel frustration for reumatologer. Inden for de sidste 10 år er der sket fantastiske fremskridt indenfor kendskabet til inflammatorisk artrit, men trist nok er der ikke sket lignende dramatiske fremskridt inden for området bløddelsreumatisme. Bløddelsproblemer er både almindelige og betydningsfulde, og repræsenterer næsten størsteparten af nye patienter henvist til reumatologer, og det inkluderer tendinitis, bursitis, regionale smertesyndromer og »referred pain« fra hvirvelsøjlen. Forståelsen for de mekanismer der ligger bag processerne er generelt ringe, behandlinger er overvejende empirisk betingede uden sund videnskabelig evidens, og resultatet er ofte utilfredsstillende. Lægers sædvanlige praksis ved be-

handling af disse tilstande er overvejende farmakologisk, og ofte med utilfredsstillende respons på medikamenterne eller med bivirkninger som resultat af behandlingen, bivirkninger som for medikamenter såsom non-steroid antiinflammatoriske stoffer kan være potentielt skadelige. Der synes derfor at være grund til at reumatologer skulle begynde at søge efter andre behandlingsmuligheder. Med dette i baghovedet kunne vi begynde kritisk at undersøge funktionen og evnerne hos udvalgte behandlere, som tilbyder behandlinger, der kan komplementere standardmedicinsk behandling i områder hvor vor behandling er suboptimal.

Hvis vi kan erkende, at vi kommer til kort når det drejer sig om bløddelsprocesser, synes det logisk at kigge mere nøje på den praksis og det behandlingsoutcome som manuelle terapeuter opnår, for at beslutte om disse behandlinger skal spille en rolle i den samlede strategi ved sådanne lidelser. Præcis hvordan manuelle behandlere fungerer er omgivet af en aura af det ukendte for den medicinske profession. Manuelle behandlere anvender 2 hovedteknikker, nemlig manipulation og massage. Manipulation anvendes overvejende til problemer i columna, mens massage bruges mere generelt inden for bløddelsabnormaliteter. Skønt fortalere for disse behandlinger hævder, at der er udførligt bevis for deres effekt, indikerer et nøje gennemsyn af litteraturen, at skønt der har været mange undersøgelser vedrørende manipulation og manuelle terapier, så er disse generelt af dårlig kvalitet, medførende forvirrende konklusioner. De mest almindeligt observerede mangler i studierne omfatter: Utilstrækkelig definition af patientgrupper med henblik på diagnose, de fysiske behandlinger er ofte kombineret med andre interventioner og outcome-målene er forskellige. Shekelle og medarbejdere konkluderede, at manipulation af columna er en af mange behandlinger til rygsmerter som kan have gevinst, men bidraget fra manipulationen, hvis den stod alene, er uklart og kræver yderligere undersøgelser. Tilsvarende indikerer resultaterne fra the Quebec Task Force on Whiplash Associated Disorders, at der er et antal af behandlinger som kan være gavnlige med hensyn til afhjælpning af akut smerte, herunder tidlig mobilisering og tilbagevenden til normale aktiviteter, anvendelse af analgetika, NSAID, og lejlighedsvis opioider samt

manipulative behandlinger. Endnu en gang er der imidlertid kraftig kritik af kvaliteten af studierne som viser metodologiske fejl. Massage, skønt almindeligt anvendt, er sjældent blevet adækvat studeret, og kræver tydeligvis yderligere evaluering.

Behandlingen af bløddelsprocesser med massage synes at være et passende område for yderligere undersøgelser. Det er sandsynligt, at mange af de uklare smertesyndromer, inklusiv referred pain fra rygsøjlen, regionale smertesyndromer og muligvis endog tendinitis og bursitis kan blive forværrede og vedligeholdt af vedvarende muskelspasme. Behandlingen af muskelspasme og efterfølgende smertereduktion kan være en vigtig faktor for at opnå helbredelse. Massage er blevet anvendt i årtier inden for sportsverdenen og anvendes endog til rehabilitering af heste. Mekanismen med hvilken massage måske virker på muskuloskeletal smerte er spekulativ. Det foreslås at undertrykkelse af spinal motorneuronexcitabilitet kan blive induceret af dyb vævsmassage resulterende i en modulering af smertemekanismen. Succesen ved sådanne behandlinger kan afspejle afbrydelsen af en smertecyklus og afslappelse af den ledsagende beskyttende muskelspasme.

Hvilken behandler er bedst kvalificeret med hensyn til at udøve manuelle behandlinger?

Der er mange forskellige behandlere der praktiserer manipulation og massageteknikker. At afgøre hvilken behandlingsintervention der må formodes at være mest succesfuld eller hvilken behandler der har den bedste træning er en skræmmende opgave. Måske ville det være klogt at rette opmærksomheden på en gruppe af behandlere, som har gennemført en standardtræning og kræve registrering af et autorisationsgivende organ. Kiropraktorer er en sådan gruppe, hvis behandlinger overvejende er rettet mod forstyrrelser af rygsøjle og bløddele. Denne disciplin har der været bestemmelse om i USA og Canada siden 1920'erne, og deres behandlinger betales oftest af 3. part. Autorisation af behandlere garanterer ikke kvalitet af behandlingen, men sikrer snarere, at der stilles et krav til standardbehandlingen. Andre behandlere tilbyder behandling af manuel terapi inklusive osteopater og massører, og offentligheden kan derfor få den fejlagtige tro, at

individer der udfører manuelle terapier, ofte med kun begrænset træning, er velkvalificerede behandlere. Der er også usikkerhed med hensyn til forståelsen af forskellene i den behandling som tilbydes og de evner som findes blandt de talrige behandlere inden for manuelle terapier. Det kunne også være en mulighed at nogle af de set bivirkninger som følge af manuelle terapier var følger af behandlinger udført af individer med utilstrækkelig træning.

Hvorfor denne skepsis over for behandlinger af manuelle behandlere?

Der er adskillige grunde til, at den medicinske profession har bevaret en vis modvilje over for hele det alternative terapeutiske område, herunder »hands on«-behandlinger. Der er en indbygget mistro til behandlinger, som vi ikke fuldt ud forstår. Vi er med rette skeptiske over for den for præcise anatomiske diagnose fremkommet på basis af klinisk undersøgelse og en radiografisk undersøgelse, som ofte er under almindelig standard. De volsomme manipulationer praktiseret af kiropraktorer er vanskelige at forstå ud fra en anatomisk synsvinkel, og vi forstår ikke de biomekaniske forklaringer om »ledomgruppering«. Teknikker der praktiseres inden for manuel terapi inkluderer mobilisering, manipulation og massage. Mobilisation betragtes som en passiv teknik, hvor målet er at bevæge et led inden for det fysiologiske bevægeudslag, og det repræsenterer næppe nogen betydende risiko for patienten. Manipulationsbehandling, hvor en af de mest anvendte teknikker til columna benævnes »high velocity thrust«, formodes at strække myoligamentøse væv og derved aktivere afferente sensoriske neuroner med en resulterende modulering af smertefremkaldende mekanismer. Der er stadig behov for yderligere undersøgelser, bekræftelse og forståelse af disse mekaniske og neurologiske teorier. Der er visse rapporter der indikerer, at der er en reduktion i den afferente aktivitet efter en manipulationsbehandling, hvilket giver formodning om en vis neurologisk dæmpning. Den hørlige knæklyd opnået under manipulationen har ganske givet et potentiale til at fremmane en kraftig placeboeffekt, uanset hvilken anden effekt der måtte indtræffe.

Komplikationer efter manipulationsbehandlinger er årsag til betydelig bekymring. Forværring

af symptomer er en risiko, men ingen komplikationer har så udtalte følger som alvorlige neurologiske reaktioner. Den sande frekvens af alvorlige hændelser er imidlertid ukendt, og der er intet regnskab over antallet af forekommende hændelser i forhold til alle behandlede patienter. Sygehistorier om dissektion af arteria vertebralis og andre neurologiske følger efter cervikal manipulation er et væsentligt problem.

Vi er også mistænkelige med hensyn til upassende lange behandlingsforløb med et til tider klart finansielt perspektiv. Denne praksis ses imidlertid ikke alene inden for den alternative verden. Vi kan se lignende misbrug af 3. parts penge inden for den medicinske verden med forlængede behandlingsplaner givet til patienter med enten sygeforsikringer eller bilkaskoforsikringer. De komfortable arbejdsomgivelser hos mange alternative behandlere synes luksuriøse i kontrast til de spartanske omgivelser i mange nutidige hospitaler, der lider af virkninger af budgetnedskæringer. Trods alle disse bekymringer opretholder manuelle behandlere en sund forretning i hele Nordamerika. Den fortsatte støtte fra et stort klientel afspejler sandsynligvis til en vis grad det succesfulde resultat af individuelle hændelser. Dette støttes af en nylig undersøgelse som indikerer, at patienter med lændesmerte initialt behandlet af kiropraktor var tilbøjelige til at konsultere en kiropraktor ved recidiv af det initiale symptom. Dette studie støtter fundene af et tidligere studie i England der indikerer, at patienter med kronisk lændesmerte fik det bedre, hvis de blev behandlet af kiropraktorer end af hospitalets terapeuter i ambulatoriet, og dette fund bestod efter en 3 års followupperiode. Det er imidlertid værd at bemærke, at patienter behandlet af kiropraktorer fik yderligere behandlinger for lændesmerte efter at forsøgsperioden var afsluttet. Hvis behandlinger tilbudt af »hands on«-behandlere, var overvejende uden succes, ville deres forretning sandsynligvis skrumpede ind til det ikke eksisterende.

Rapporterede risici og gevinster ved manuelle behandlinger

De største overvejelser vedrørende »hands on«-behandlinger som inkluderer manipulationer og massage knytter sig til flere faktorer. Der er en vis bekymring for, at disse behandlinger kan være skade-

lige for patienten, at god videnskabelig evidens for effekten er stort set manglende, og at vor forståelse for de specifikke karakteristika ved behandlingerne er begrænsede. Skønt der er rigeligt med rapporter om succesfulde behandlinger, indikerer en kritisk evaluering af litteraturen, at disse behandlinger sjældent er blevet testet på en videnskabelig sund måde, idet det meste af litteraturen må henføres til begrebet anekdotiske kommentarer. I en nylig publiceret kontrolleret undersøgelse har Andersson og medarbejdere vist, at osteopatisk columna manipulation giver et lige så godt resultat som standardmedicinsk behandling til patienter med low back pain. Et bifund der talte til fordel for manipulationsgruppen var, at disse havde reduceret brug af medicin. Skønt begge grupper var lige tilfredse med deres resultat, må en reduktion i medicinforbrug ses som en klar fordel. I et andet nyligt studie, gav manuel fysisk behandling og øvelse til osteoartrose i knæ bedre udbytte end placebo selv efter 1 år. Disse 2 rapporter i den nylige »peer reviewed«-litteratur er derfor opmuntrende med henblik på anvendelsen af »hands on«-behandlingsmetoder til visse muskuloskeletale lidelser.

I modsætning hertil observerede man ingen forskel i symptomraten rapporteret af patienter med fibromyalgi, som enten fik eller ikke fik behandling af ikke lægelige behandlere. Undersøgelsen var imidlertid et tværsnitsstudium som ikke kunne afgøre noget om forandringerne henover tid eller afgøre noget om påvirkning af det generelle udbytte hos individuelle patienter. Patienter behandlet af manuelle behandlere rapporterer generelt tilfredshed med de givne behandlinger. Skønt massagebehandling ofte anvendes til behandling af low back pain har Ernst nyligt påpeget, at denne behandling ikke endnu er blevet tilfredsstillende undersøgt med hensyn til evaluering af effekten.

Hvilket bevis på skade forårsaget af »hands on«-manipulation eller massagebehandling findes der så? I en litteraturoversigt der beskriver komplikationer opstået efter manipulation af nakkehvirvelsøjlen i perioden 1925 til 1977 identificerede De Fabio 177 publicerede tilfælde af rapporteret skade i 116 artikler. Disse er overvejende enkeltstående rapporter om neurologiske hændelser efter vaskulær skade, specielt på arteria vertebrobasilaris som følge af cervikal manipulation. I en litteraturover-

sigt af risikofaktorer med hensyn til dissektion af arteria vertebrobasilaris fandt Haldeman og medarbejdere, at omkring $\frac{1}{3}$ af 367 rapporterede tilfælde debuterede efter manipulation på columna. Der kunne imidlertid ikke drages nogen konklusion med hensyn til faktorer, som kunne prædisponere patienterne til denne triste komplikation til manuel terapi. Der har også været individuelle rapporter om arteria retina trombose og vertebral osteomyelitis, den sidste formentlig repræsenterende en manglende diagnose snarere end en komplikation til manipulation. I en oversigt over såvel effekt som komplikation til cervikal manipulation for nakkesmerter og hovedpine rapporterede Hurwitz og medarbejdere, at manipulation havde en estimeret komplikationshyppighed i størrelsesorden 5-10 komplikationer på 10 millioner manipulationer. Det må imidlertid erindres at den sande hyppighed af komplikationer opstået fra manipulationsbehandling er ukendt, da eksisterende data stammer fra videnskabelige undersøgelser eller litteraturreporter snarere end at de stammer fra opgørelser over bivirkninger indtruffet hos smertepatienter behandlet med den behandlingsmodalitet. I og med at neurologiske komplikationer medførende rygmærskade er potentielt katastrofale, bør læger være fuldt ud bevidst om den sande risiko, før de frit rekommanderer manipulation af columna. Dyb vævs-massage, en almindelig udført manuel behandling, er heller ikke totalt uskadelig, hvilket anskueliggøres af rapporter om hæmatomdannelse forskellige steder inklusive i leveren, i overarm og lår. Ud over at der opstår øget smerte og ubehag, er det imidlertid usandsynligt, at alvorlige konsekvenser er en sædvanlig følge af denne behandlingsform.

Konklusion

Vi er således stillet over for behandlinger, hvis virkningsmekanisme er obskur og hvor den sande bivirkningsfrekvens er ukendt, samtidig med at der er en øget brug heraf af vor patientpopulation. Som læger der søger efter den bedste behandling til vore patienter, er vi helt klart i et dilemma. Nødvendigheden og betydningen af at evaluere risici og gevinster af udvalgte »hands on«-behandlinger til visse muskuloskeletale problemer burde fortjene større opmærksomhed. Desuden, når man tænker på det store antal af patienter, der bliver behandlet

med manipulation og massage, er den rapporterede hyppighed af bivirkninger øjensynlig lille. Dette kan være en følge af underrapporteringer, men kan også reflektere den relativt sjældne forekomst af alvorlige komplikationer. Da manuelle behandlinger benyttes i hele den vestlige verden, og da de er blevet en integreret del af patienternes behandlingsmuligheder, er det tid til, at behandlinger som er uden for almindelig medicinsk praksis bliver gennemgribende evaluerede. Selv i en mangel på fuld forståelse af virkningsmekanismerne af specifik behandling, som også forekommer inden for megen anden moderne medicin, må den rapporterede gunstige gevinst for mange patienter ses som en retfærdiggørelse af yderligere eksplorering i både effekt og potentiel anvendelse af sådanne behandlinger.

Oversættelse *Lars Remvig*

Injection Therapy in Manual Medicine for Thoracic and Shoulder Complaints

Injection therapy is often used in manual and orthopaedic medicine. Basically, steroid injections address the inflammatory component (or cause) of the pain, whereas manipulation treats the mechanical aspect. Injections may also be used to treat muscular trigger points or for capsular dilatation of a frozen shoulder. The product therefore used is a mere local anaesthetic.

The inflammatory component is attributable to different causes. Arthritis (such as rheumatoid arthritis) is out of the field of Manual Medicine. On the contrary, joint degeneration (osteoarthritis) is very frequent in our practice. A degenerated joint, either axial (disc or facet) or peripheric is prone to inflammatory outbreaks. Another cause of inflammation around the shoulder joint is the conflict between the tendons of the rotator cuff and the acromion (impingement syndrome).

This paper is aimed to review the different procedures for thoracic spine and shoulder injection therapy.

Thoracic spine

Generally speaking, one of the primary goals of the physical examination (including the record of history) of a painful spine is to determine whether the pain is mechanical or inflammatory in origin; in other words, whether the treatment would rely on (thrust) manipulations or on anti-inflammatory agents in the broad acceptance (NSAIDs, oral course of steroid or injections). Common back pain is claimed to be typical of a mechanical pain, but in the light of experience, this statement appears to be incorrect in many cases. Many spinal pain syndromes (cervical, cervicothoracic, thoracic or lumbar) manifest themselves with a mild inflammatory pattern, the identification of which seems to us of the utmost importance for a proper choice of treatment.

In our experience, this inflammatory pattern consists in one or more of the following items: pain arrest with spontaneous awakening at 4–5 am, stiffness of the back during the first 15–30 minutes after getting up, early morning regarded by the patient as the worst moment of the day, sensitivity to NSAIDs (even or despite the frequent insufficiency of this treatment) and failure of manual treatment. This failure can be more precisely described as: lack

of improvement (or quick recurrence of pain), pain at the end range of motion (forbidding thrust manipulation), or physical impossibility to manipulate on (no cracking sound heard). Another item is the spontaneous onset of pain (appearing suddenly one day), as opposed to mechanical problems, often provoked by a mechanical stress (heavy lift, unusual task ...). The age is not a criterion, as patients aged of 30–35 years may suffer from that condition in our experience.

Thus, the decision for a treatment by injection lies on a rational conception of spinal pain.

1) Facet injections

At the thoracic level, they were first described by R. Maigne, who did “blind” injections, i.e. peri-articular injections (9). This author also recommended facet injection at the lower cervical spine in case of upper thoracic pain of cervical origin (see the other paper). The level to be injected was selected on a clinical basis, by a careful palpation of the facets. The most tender level was supposed to be culprit. According to R. Maigne, no help should be sought from imagery (standard films at that time).

2) Costovertebral joint injections

Costovertebral injections have been proposed for treating costovertebral arthropathies (4). The injection is done under fluoroscopic control or CT. The results reported by the authors on nine patients with degenerative arthropathies are comprised of six good, one fair and two poor results after a six month follow up.

3) Ligaments injection

Hackett considered that ligamentous hyperlaxity was a major factor causing vertebral pain, and he designed a sclerosant solution to “tighten” ligaments. This solution was made of phenol, dextrose, glycerine and free water. He used it at various levels. Cyriax also recommended sclerosant injections to prevent frequent relapse, but he acknowledged that the supposed “reduction of movement” following the treatment was not adequately demonstrated. He evoked the possibility of a destructive lesion diminishing the nerve supply of the sclerosed joint. At the thoracic level, the target was mainly the interspinous ligament, and also the two

adjacent facets. He injected 5 ml within the ligament, a series of droplets around the facets (repeated three times), and warned the patient ... not to flex the thoracic spine for the next two months.

4) Trigger points injection

Anaesthetic injection was advocated by Travell and Simons as a treatment of trigger points in two cases. First, when there was no response to stretch and spray. Two, when the attachments made it impossible to stretch the muscle.

The trigger point should be carefully located by palpation. The needle has to reach the centre of the trigger point, which is confirmed by a twitch. The needle does a "fan" injection of lidocaine. The injection is followed by a phase of stretching.

The mechanisms involved are a local wash out of breakdown products, a vasodilatation, and finally the rupture of a vicious circle pain-local spam-pain.

Shoulder

1) Adhesive capsulitis

Adhesive capsulitis or frozen shoulder has prompted many articles about the efficacy of intra-articular injections. Intra-articular steroids alone appear to be efficient, provided the injection is performed under fluoroscopic control. Capsular distension was first described by Andren and Lundberg (2) and consists in injecting 10 to 30 ml of a local anaesthetic, a contrast medium.

A steroid is always associated, excepted in the study by Jacobs et al, where distension alone is compared to steroid and steroid + distension in 47 patients (8). Distension alone was by far the less efficient treatment. There was no significant difference between steroid alone and steroid associated with distension. They recommended three injections at six week interval.

Adding steroid offers a better efficacy, but the question remains whether distension is useful or not. In a randomised trial, Corbeil et al compared a steroid alone against distension and steroid in 45 patients (6). They did not find additional value with it. Gam et al found a little value for distension regarding the shoulder mobility, specially for external rotation, but not for the pain (7).

In one other study, injecting the subacromial

bursa in seven patients, inadequately improved one to three months after distension + steroid, was found efficient (six successes) (3).

2) Subacromial impingement syndrome and rotator cuff tendinitis

In two studies, triamcinolone significantly improved pain at four weeks compared with placebo, and showed non significant benefits compared with naproxen or diclofenac (1, 10).

Injection therapy was also superior to physiotherapy in the study by Winters et al with a follow up of 11 weeks (11). In 40 patients with confirmed signs of impingement syndrome (and in the absence of rotator cuff tears), pain and range of motion improved noticeably during up to six months of follow-up when compared with local anaesthetic alone (5).

Thus, the literature confirms the benefit of injections when the responsibility of the cuff is well established.

3) Trigger points

Trigger points are frequently found in the muscles of the rotator cuff (and particularly the supra and infra spinatus). They can be treated with anaesthetic injections.

Jean-Yves Maigne

References

1. Adebajo AO, Nash P, Hazelman BL. A prospective double blind dummy placebo controlled study comparing Triamcinolone Hexacetonide injection with oral Diclofenac 50 mg in patients with rotator cuff tendonitis. *J Rheumatol*.1990;17:1207-10.
2. Andren L, Lundberg BJ. Treatment of rigid shoulders by joint distension during arthrography. *Acta Orthop Scand*. 1965;36:43-53.
3. Andrieu V, Cromer C, Fourcade D, et al. Adhesive capsulitis of the shoulder: therapeutic contribution of subacromial bursography. *Rev Rhum (Engl Ed)* 1998;6:771-7.
4. Benhamou CL, Roux C, Tourlière D, Gervais T, Viala JF, Amor B. Pseudovisceral pain referred from costovertebral arthropathies. Twenty-eight cases. *Spine* 1993;18:790-5.
5. Blair B, Rokito AS, Cuomo F, Jarolem K, Zuckerman JD. Efficacy of injections of corticosteroids for subacromial impingement syndrome. *J Bone Joint Surg*. 1996;78-A:1685-9.

Dorsal thoracic pain in manual medicine

6. Corbeil V, Dussault RG, Leduc BE, Fleury J. Capsulite retractile de l'épaule : étude comparative de l'arthrographie avec corticothérapie intra-articulaire avec ou sans distension capsulaire. *Can Assoc Radiol J* 1992;43:127-30.
7. Gam AN, Schydrowsky P, Rossel I, Remvig L, Jensen EM. Treatment of "frozen shoulder" with distension and glucocorticoid compared with glucocorticoid alone. *Scan J Rheumatol* 1998;27:425-30.
8. Jacobs LG, Bartou MA, Wallace WA, Ferrous J, Dunn NA, Bossingham DH. Intra-articular distension and steroids in the management of capsulitis of the shoulder. *Br Med J* 1991;32:1498-501.
9. Maigne R. Articulations inter-apophysaires et pathologie douloureuse commune du rachis. *Annales de Médecine Physique* 1972;15:262-74.
10. Petri M, Dobrow R, Neiman R, Whiting-O'Keefe Q, Seaman WE. Randomised double blind placebo controlled study of the treatment of the painful shoulder. *Arthritis Rheum.* 1987;30:1040-5.
11. Winthers JC, Sobel JS, Groenier KH, Arendzen JH, Meyboom-de Jong B. Comparison of physiotherapy manipulation and corticosteroid injection for treating shoulder complaints in general practice: randomised, single blind study. *BMJ.* 1997;314:1320-5.

Dorsal thoracic pain is very common, but there is a paucity of literature on this topic.

Different causes have been evoked, such as nerve entrapment, discogenic pain, muscular sprain, trigger points, pain referred from the lower cervical spine, thoracic facet syndrome or psychogenic disease. Our aim is to review these different sources of pain and to discuss them in light of our own studies and experience in thoracic pain.

Nerve entrapment

Astvatsaturov (cited in 1) was the first to describe, in 1934, what he called "Notalgia paresthetica" (notalgia, a Greek root meaning "pain in the back"). Patients typically report chronic pain and sensory symptoms that are frequently described as intense itching in an area 4 to 10 cm in diameter over the thoracic paraspinal muscles at the inferomedial scapula. There is a diminished pinprick sensitivity corresponding to an area from T2 to T6 thoracic dermatomes. The injury mechanism is essentially unknown. Notalgia paresthetica is thought to be caused by a lesion of a thoracic dorsal primary rami T2 through T6 (entrapment neuropathy) which run a long course up through the thick paraspinal muscles. The nerves appear to be vulnerable to damage as they pursue a right angle course close to the tip of the spinous process, thus predisposing them to harm from otherwise innocuous insults of a varied nature. Investigations are not helpful in confirming the pathogenesis.

This condition seems to be very rare, in contrast with an anatomic study showing that entrapment is a common feature of the thoracic nerves (8).

Discogenic pain

Cyriax attributed thoracic pain to a disc protrusion (5). For him, the mechanism of pain was primarily dural, elicited by the pressure of the protruded disc against the thoracic dura mater, which gave rise to extrasegmentally referred pain. Some of the clinical features were the reproduction of the pain under neck flexion (which stretches the dura mater at both cervical and thoracic levels) contrasting with the freedom of other neck movements, a limitation in thoracic flexion (or lateral flexion) and an increase of pain with coughing or sneezing or taking a

deep breath. He used to treat his patients by combining manipulation and traction or by sclerosant injections.

Thoracic MRI often reveals degenerated discs, or even disc protrusion (3), but despite the lack of studies addressing this topic, it can be assumed that, as at the lumbar level, these abnormalities are frequent in asymptomatic subjects.

More recently, thoracic discography has been used to investigate patients with thoracic pain (11). In this study, a clinical concordance (reproduction of the familiar pain) was found in approximately 50% of the cases. When the discogram was pathologic (anular tears, intrinsic degeneration, and/or associated vertebral body endplate infractions), this figure raised up to 75%. Control levels were usually painless.

Muscular sprain

Muscular sprain is a very common diagnosis for mechanical thoracic pain, but there is no evidence to support it. We were unable to find any reference in the literature.

Myofascial pain

Travell and Simons have developed the concept of myofascial pain and trigger points (12). A trigger point is a very tender and hypersensitive spot within a muscle (or in an aponeurosis, a tendon or even in the subcutaneous tissues), the pressure of which reproduces the actual pain and its radiations. At the thoracic level, these authors describe trigger points in muscles such as longissimus dorsalis, semispinales, rhomboideus, levator scapula etc. ... One of these points is located in the multifidus, projecting over the vertebral body of T5 and seems to us of special interest (see below). The causes for trigger points are many, including trauma, poor postures, repetitive movements, etc.

The treatment includes local injections of an anaesthetic or a cold spray over the muscles to treat, followed by stretching.

Pain referred from the lower cervical spine

1. Interscapular pain of cervical origin

Robert Maigne described what he called “interscapular pain of cervical origin”, considered by him as

a very common cause of thoracic pain (10). The syndrome is made of thoracic and cervical signs.

Thoracic signs

The pain is felt between the scapulae, and can be reproduced by a firm pressure on a tender point projecting over the body of T5, located close to the midline. This tender point was labelled “interscapular point”. It was viewed by R. Maigne as the superficial exit of the T2 nerve (in accordance to certain anatomic plates). It is accompanied by an area of cellulalgia (skin and subcutaneous tissues hypersensitivity to pinch and roll test) located on the same side and distributed in the territory of the upper thoracic cutaneous rami (mainly the T2 nerve).

Cervical signs

At the cervical level (mainly at C5-6), a segmental dysfunction is present on the same side. When this dysfunction is not felt (or perceived) by the patient, there is no neck pain, and the only complaint is thoracic pain. But in many cases of common neck pain, there is also a radiation to the interscapular area, by the same mechanism.

In the author's view, the dorsal pain is a referral from the cervical level. His hypothesis for explaining this link between the lower cervical levels and the interscapular points is that a segmental dysfunction at the lower cervical levels can induce hypersensitivity in the medulla, spreading to the adjacent inferior levels, as far as the T2 metamere. As there is no cutaneous dorsal ramus from C6 to T1, the closest adjacent level to C6 is the T2 dorsal dermatome.

Maigne stressed that this link also appeared in case of acute cervical radiculopathy, which is often preceded by interscapular pain. Cloward also pointed out a particular pain radiation to the interscapular area when stimulating the dorsomedial part of the lower cervical discs by provocative discography (in contrast to a radiation to the upper limb if the needle was more lateral) (4). As a consequence, the treatment (mostly manual, but also by facet injection) is to be directed to the cervical spine, and its efficacy (if so ...) should be regarded as the definite proof of the cervical origin of the pain.

2. The "interscapular pain of cervical origin" revisited

Ten years ago, we underwent a clinical and anatomic study on this topic (7, 8). Fifty-three consecutive patients with thoracic pain were examined physically. Among them, 40 (75,5%) had their familiar pain reproduced by the pressure on the interscapular point. It appeared that the most acute pain was elicited by an oblique pressure directed toward the lateral aspect of the tip of the spinous process of T4 (and not a PA pressure toward the facet). The tender area extended on a height of 1 to 2 cm. A metallic marker was stuck on the skin and these patients were X-rayed (AP film). The mark projected on the body of T5 in the majority of the cases (and sometimes T6), which did correspond to the spinous process of T4 (or T5). Thus a relationship between this anatomic spot and the interscapular point was disclosed.

In the same time, we dissected on 17 cadavers (7). It appeared obvious that the only anatomic structure corresponding to this interscapular point was the lower attachment of the muscle splenius cervicis. In the classic textbooks of anatomy, this muscle is portrayed with a lower attachment on the spinous processes of T2, T3, T4 and T5. We did not find this disposition. Rather, the muscle inserted mainly on the spinous process of T4 and on the adjacent interspinous ligaments of T3-4 and T4-5 for its upper and lower fibres. It was the only structure actually corresponding to the clinical data. Furthermore, we found that each cutaneous dorsal nerve ran from the intervertebral foramen to the spinous process, parallel to the lamina, and exited superficially close to the tip of the spinous process. In other words, the T4 nerve (and not the T2 nerve) exited at the level of the T4 spinous process. Interestingly, many of these nerves exited through tendons and appeared pinched by them. Thus, the prerequisite for an entrapment (or at least, an irritation) neuropathy was present.

The splenius cervicis is a thin superficial neck muscle, sharing its upper insertions with the levator scapula on the transverse processes of the upper cervical vertebrae. The two muscles belong to the same muscular layer. They run close together along the spine, dividing to attach on the scapula laterally and on the thoracic spine medially. The splenius

syndrome resembles the levator scapula syndrome. The causes could be a fatigue of the muscle, related to prolonged neck postures, or to a dysfunction of the cervical spine.

Thoracic facet syndrome

A facet origin has been advocated by Dreyfuss et al (6). By injecting a contrast medium in the zygapophyseal joints of normal volunteers, they were able to establish that these joints were a potential source of local and referred pain under capsular distension. Evoked referral patterns were consistent in all subjects. Significant overlap occurred in the referral patterns, with most thoracic regions sharing 3-5 different joint referral zones.

R. Maigne also described pain referred from the thoracic facet joints (in the frame of a "painful minor intervertebral dysfunction"). In his view, the pain followed the cutaneous dorsal rami and was accompanied by a stripe of cellulalgia within the dermatome.

Costovertebral joint pain

The costovertebral joints have been implicated in some thoracic pain syndromes. R. Maigne described "costal sprains" first in judokas and, more widely, after sudden and uncontrolled rotation of the trunk (9). The lower ribs are mostly affected, as they have no attachment on the transverse processes and are more mobile. The pain is often lateral, and may be erroneously attributed to the kidney. At physical examination, the pain is elicited by lifting or lowering the rib. Manipulation is the primary treatment.

More recently, costovertebral arthropathies (joint inflammation due to degenerative osteoarthritis or ankylosing spondylarthropathy) were described (2). An erosive aspect of the joint on CT, a local uptake at the bone scanning are indicative of the diagnosis, as is the reproduction of the familiar pain under joint injection under fluoroscopic control. The treatment consists in a steroid injection.

Fibromyalgia

In the past, thoracic pain was frequently attributed to psychological factors. Some decades ago, for example, the French Rheumatologic School considered it as exemplary of a genuine psychological pain. The arguments were the lack of objective

symptoms (what practitioners of manual medicine, trained to spinal palpation, know to be untrue), and the large female predominance (an insight into macho medicine!)

The description of fibromyalgia has renewed this conception. The clinical features of fibromyalgia resemble those of "psychogenic pain". The pain focuses first on the neck, shoulders and upper thoracic area. Eventually it tends to spread all over the back. The different spinal imaging tests are all negative or show irrelevant abnormalities. The usual treatments fails to bring relief (except analgesics). This context should attract attention. A neurologic mechanism (failure in pain transmission with diffuse hypersensitivity) could be implicated. This condition is frequent. The treatment consist in 1) a careful explanation of the trouble to the patient; 2) amitriptylin at low dose; 3) exercising; 4) when the patient is better, manual treatment can help to recover more quickly.

Jean-Yves Maigne

References

1. Bernard Pleet A, Wayne Massey E. Notalgia paresthetica. *Neurology* 1978;28:1310-12.
2. Benhamou CL, Roux C, Tourliere D, Gervais T, Viala JF, Amor B. Pseudovisceral pain referred from costovertebral arthropathies. Twenty-eight cases. *Spine* 1993;18:790-5-
3. Bruckner FE, Greco A, Leung AWL. Benign thoracic pain syndrome: role of magnetic resonance imaging in the detection and localization of thoracic disc disease. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1989;82:81-3.
4. Cloward R. The clinical significance of the sinuvertebral nerve of the cervical spine in relation to the cervical disk syndrome. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 1960;23:321.
5. Cyriax JH, Cyriax PJ. *Cyriax illustrated manual of orthopaedic medicine*. Butterworth & Heinemann, Oxford. 2nd ed, 2000.
6. Dreyfuss, Tibiletti, Dreyer. Thoracic zygapophyseal joint pain patterns. A study in normal volunteers. *Spine* 1994;19:807-11.
7. Maigne JY. Muscle splenius du cou et dorsalgies communes. *Etude anatomique et clinique*. *Rhumatologie* 1990.
8. Maigne JY, Maigne R, Guerin-Surville H. Upper thoracic dorsal rami: anatomic study of their medial cutaneous branches. *Surgical Radiology Anatomy* 1991;13:109-12.
9. Maigne R. Les entorses costales. *Rhumatologie* 1957 no 1.
10. Maigne R. A propos du mécanisme de la douleur dans les dorsalgies. Le point inter scapulovertébral. *Revue du Rhumatisme*. 1967; 34: 636-41.
11. Schellhas, Pollei and Dorwart. Thoracic discography. A safe and reliable technique. *Spine* 1994; 19: 2103-9.
12. Travell JG, Simons DG: *Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1983.

LIGAMENTINJEKTIONER – PROLOTERAPI

Jean-Yves Maigne omtaler ligamentinjektion. Det drejer sig her om den såkaldte proloterapi, der er omtalt i *Manuel Medicin* nr. 4 december 2000, side 11-12.

Proloterapi er en form af injektionsbehandling i ligamenterne. Ved forstuvninger eller forstrækninger afhænger den naturlige heling af en ligamentskade af den inflammatoriske proces. Der er situationer, hvor helingen af beskadigede ligamenter er inkomplet. Den helende, reparative proces efterlader ligamenterne mindre stærke og mindre elastiske end før skaden. Helingscyklus kan genprovokeres uden at beskadige ligamentet

igen. Denne genprovokation kan opnås ved at trigge den inflammatoriske proces gennem injektion af passende medikamenter i det beskadigede ligament, specielt ved det periostale fæste – proloterapi.

Der er dokumentation for, at der kan være gavnlige effekt hos patienter med kroniske ligamentskader, mest karakteristisk ved kroniske rygsmerter/bækkensmerter. Der henvises til litteraturen, der er opdateret i *Manuel Medicin* nr. 4 december 2000.

Glen Gorm Rasmussen

Pelvic sway correction

Introduction

As physiotherapists involved in treating movement dysfunction we commonly observe habitual faults in our patients' static positioning and many of us will make connections with, for example, habitual slouched posture and flexion related low back pain. Common faults in static standing posture in the coronal plane have been documented by Florence and Otis Kendall (Kendall, McCreary and Provence. *Muscles, Testing and Function*, 1993, 4th Edition).

Sway back posture in standing seems to be the most common postural deviation in the coronal plane. Notice the lengthened thoracic kyphosis and the shortened (often only one or two segments) lordosis. An important point to observe is that the pelvis is swayed forwards and the hips are in extension.

Indications

The sway back posture places excessive segmental translation related strain on the low lumbar spine most commonly at the lumbo-sacral joint so extension related low back pain is a common symptom. This presents as low back pain associated with standing still, slow walking for example shopping and/or faster walking and running. Postural gluteal

contraction, particularly gluteus maximus, appears deficient in sway back positions. This is because the line of gravity drops behind the hip joint producing passive hip extension via body weight. This passive hip extension renders active extension from gluteus maximus unnecessary and it "switches off", the hamstring muscles however maintain activation to control postural sway. Common presentations include recurrent hamstring strain due to overloaded hamstring muscles and SIJ dysfunction due to lack of postural gluteal support. It appears when palpating multifidus that it is difficult to recruit in the sway position. Certainly patients have much more success at activating their multifidus muscle when their alignment is corrected. The deficiency of multifidus recruitment is probably similar to that of gluteus maximus. If the deep segmental portion of multifidus were affected by this mechanism then there would be implications for the local stability system.

Correction

Surface marking

Bisection of acromion process

Bisection of greater trochanter

1 cm anterior to lateral malleolus

In correct coronal alignment a plumb line should fall through these points (Kendall). Standing side on to a mirror with the above mentioned points marked the patient can clearly see the mal-alignment problem. The mark on the greater trochanter seems to be obviously forward of the shoulder and the ankle.

Instructions

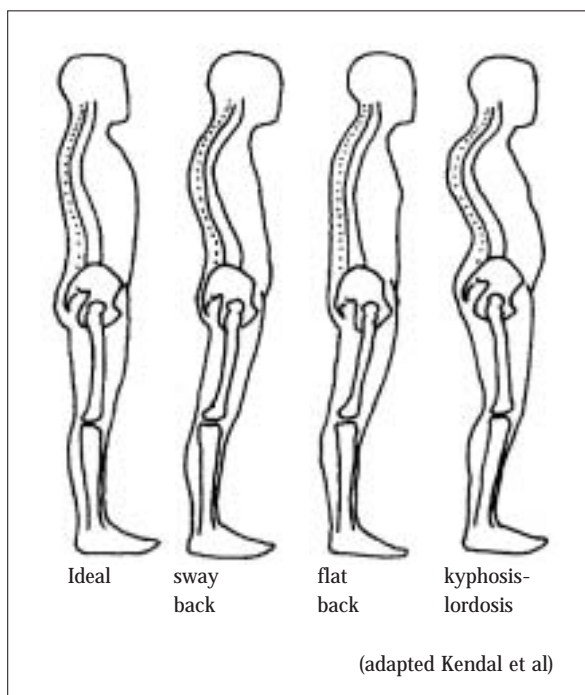
A useful instruction at this stage is ...

"Try to pull your hips/pelvis back under your shoulders".

Faulty patterns

1. Anterior tilt

As the patients attempt to pull their pelvis backwards under their shoulders the pelvis tilts anteriorly. This is associated with an extension give in the lumbar spine and relative under activity of the abdominals and gluteals, which should activate to prevent this. If the patients are habitually in



posterior pelvic tilt, and is simply anterior tilting to a neutral position, this is acceptable provided they can actively eccentrically control it.

2. Trunk or hip flexion

The patients bend forward to maintain their centre of gravity over their base. This is associated with a lack of proprioceptive awareness of the lumbo pelvic area and an inability to activate the correct movement pattern.

3. Leaning backwards

In an attempt to bring the hips back into the plumb line under the shoulders the patients lean back and the centre of gravity moves backwards onto or behind the heels; the patient may have to stop themselves falling backwards. This is also associated with a lack of proprioceptive awareness of the lumbo-pelvic area.

4. Posterior tilt

This is a more unusual pattern and is associated with a lumbar flexion "give".

If the patients are unable to correct these patterns by using the mirror it is often useful to stand them back to the wall with heels, shoulders, and gluteals touching the wall. If it is difficult for them to maintain heels against the wall then start with the heels out 3-5 cm. The patients are encouraged to allow their pelvis to come away from the wall a short distance into the sway position and then actively pull the pelvis back to the wall. Contact with the wall eliminates problems with patients bending forwards or leaning backwards and allows the patients and therapist to focus on bringing the pelvis back while controlling pelvic tilt. Once the correct pattern is achieved on the wall it can be practised away from the wall. The next step is to align the centre of gravity over the feet. While maintaining the shoulders and pelvis in correct alignment the patient dorsiflexes at the talo-crural joint (moving the body forward) until the line of gravity falls just anterior to the lateral malleolus. The patient may need to lean back and forward a few times at the ankle to become familiar with the correct position. Once the patient can find this position easily he should use a mirror again to

monitor the position while walking on the spot.

Patients commonly find that as they walk on the spot they gradually drift back into the sway position. To improve skill at finding and maintaining the correct position the exercise can be performed with the eyes closed. A good way to lead into gait is to do the same exercise in single leg standing; this requires more active gluteal work and some control of axial plane alignment (rotation) at the hip and the tibia. Once the patients can perform these exercises they need to maintain the same position during gait; very commonly the proprioceptive awareness created during the exercise programme allows them to feel the position of their hips and pelvis during more dynamic activities. A treadmill and mirror or a video camera may be useful to monitor the dynamic position.

Mark Silvester

MCSP Dip.Manip.Ther MMAKC
(KC Newsletter Autumn 2000)

Reproducerbarheden af McKenzie's undersøgelsesmetodik

ved klassificering af patienter med nakkesmerter
– og hvordan det efterfølgende er gået patienterne

Resume af afhandling

Baggrund: Der er udtalt mangel på evidensbaserede kliniske undersøgelser af patienter med nakkesmerter. Der er til dato ikke lavet kendte reliabilitetsstudier af McKenzie's undersøgelses- og klassificeringsmetode på patienter med nakkesmerter.

Formål: At teste reliabiliteten af en klinisk undersøgelse ad modum McKenzie og undersøge, hvordan det efterfølgende er gået disse patienter.

Studiedesign: Et deskriptivt interobservatørstudie med follow up aspekt, hvor 20 konsekutivt henviste patienter med nakkesmerter med eller uden radikulære symptomer uafhængigt er undersøgt af to fysioterapeuter. Telefoninterview beskriver, hvordan det efterfølgende er gået patienterne.

Metode: Overensstemmelsen mellem fysioterapeuterne er beregnet ved kappastatistik. Resultaterne fra telefoninterviewet bliver beskrevet ved procentproportioner med konfidensintervaller og p-værdier beregnet ved McNemars test.

Resultater: Der var en observeret overensstemmelse på 75%, men med forbehold for tilfældigheder blev resultatet reduceret til kappaværdi $\kappa = 0.66$ (95% CI 0.40, 0.92). Uden subklassificeringer af derangement 1–7 gav resultatet en observeret overensstemmelse på 85% og $\kappa = 0.68$ (95% CI: 0.34, 1.02).

Follow up undersøgelsen efter otte uger viste, at der gennemsnitlig var behandlet 4,7 gange og 70% (CI: $\pm 21\%$) gav udtryk for reduktion af deres symptomer, samt forbedret bevægelighed i nakken. 40% (CI: $\pm 21\%$) er selvhjulpne med øvelser. 59% (CI: $\pm 21\%$, $p = 0.016$) giver udtryk for ophør ved brug af smertestillende medicin. Der var efter interventionen 40% reduktion i sygefravær (CI: $\pm 20\%$, $p = 0.50$). 20% henvendte sig igen til sundhedsvæsenet.

Konklusion: Reproducerbarheden ved McKenzie's undersøgelsesmetodik mellem to fysioterapeuter, som er uddannet i metoden viser en høj observeret overensstemmelse, men når der tages højde for, om resultaterne kunne være fremkommet tilfældigt, er overensstemmelsen reduceret til et moderat niveau.

Telefoninterviewet efter otte uger viser, at de kroniske patienter har opnået reduktion af deres smerter, øget funktionsniveau og signifikant reduktion af smertestillende medicin. Selvom der er en blinding af fysioterapeuterne, er det nødvendigt med en mere objektiv bedømmelse af overensstemmelsen og resultaterne. Undersøgelsen må betragtes som et pilotstudie, og det er derfor nødvendigt med en randomiseret, kontrolleret klinisk undersøgelse på en større studie population for at verificere undersøgelsens resultater.

Hele afhandlingen kan læses på MR-gruppens hjemmeside www.manuelterapi.dk

Projektet er støttet af DF's Forskningsfond og Den Samfundsmedicinske Forskningsfond i Ringkøbing Amt.

Fysioterapeut *Bjarne Rittig-Rasmussen*

GENERALFORSAMLING I FIMM
KUOPIO, FINLAND
7. SEPTEMBER 2002

Ved generalforsamlingen blev Bernard Terrier, Schweiz valgt til præsident for FIMM for en 4-årig periode.

Mikael Kuchera, DO, USA blev valgt som vicepræsident og den afgående præsident Michael Hutson blev valgt som den anden visepræsident.

Ron Palmer, Australien blev valgt som generalsekretær i FIMM.

Vaclav Dvorak, Schweiz til kasserer.

Den nuværende generalsekretær i FIMM Michel Dedee blev valgt som vicegeneralsekretær og Alfred Möhrle som vicekasserer.

Jacob Patijn blev genudpeget som formand for Scientific Committee og Glen Gorm Rasmussen blev genudpeget som formand for Education Committee.



*Bernard Terrier og
Michael Hutson.*



*Michael Kuchera
og Jacob Patijn.*

Fuldstændigt referat vil senere blive fremsendt på DSMM's hjemmeside.

LITTERATURANMELDELSE

I Journal of Bodywork and Movement Therapies vol. 6 no. 1 og 2 er der to artikler om fysioterapi, mere nøjagtigt craniosacral terapi, og tandretning hos børn. John D. Laughlin DOS, har skrevet Body-wide influences of dental procedures. I del 2 beskriver forfatteren flere cases, og nogle behandlingsgreb samt hjemmeøvelser for patienterne bliver gennemgået.

I Journal of Bodywork and Movement Therapies vol. 5 no. 4 giver Penelope Latey en grundig gennemgang af Pilates systemets metode, historie og filosofi. I vol. 6 no. 2 fortsætter hun med artiklen: Updating the Principles of the Pilates Method.

I oktobernummeret (vol. 5 no. 4) af Journal of Bodywork and Movement Therapies stiller redaktørerne spørgsmål om validitet og præcision ved palpation af muskuloskeletal dysfunktion efter en artikel af Zachary Comeaux et al: Measurement Challenges in Physical Diagnosis; Refining Inter-rater Palpation, Perception and Communication.

Svarene kan læses i vol. 6 no.1: The Palpation Reliability Debate: the Experts Respond, af Jeanne Bullock-Saxton, Leon Chaitow, Peter Gibbons, Shannon Goosen, Dianne Lee, Karel Lewit, Craig Liebenson, Don Murphy, David Simons, Philip Tehan. Rigtig interessant læsning.

I Journal of Bodywork and Movement Therapies vol. 6 no. 2 april 2002 har David G. Simons skrevet artiklen: Understanding Effective Treatments of Myofascial Trigger Points.

Heri beskriver David Simons forskellige former for behandling af myofasciale triggerpunkter og belyser årsagen til behandlingseffekten via end-plate-teorien. Der er mange tydelige illustrationer, som gør det vanskeligt tilgængelige stof nemmere at forstå. Det er som altid, når Simons er forfatteren, en læseværdig og vel underbygget artikel.

I artiklen gøres der også rede for forskellen og/eller sammenhængen mellem fibromyalgi og triggerpunkter.

Desuden er der en interessant referenceliste.

Birte Carstensen



Indkomne forslag

GENERALFORSAMLING

i Danske Fysioterapeuters Faggruppe for Muskuloskeletal Terapi

Under punkt 5, indkomne forslag, ønsker bestyrelsen at foreslå følgende:

§ 1 i nuværende love lyder:

Faggruppens navn er: Danske Fysioterapeuters Faggruppe for Muskuloskeletal Terapi.

Forslag til ny § 1:

Faggruppens navn er: Danske Fysioterapeuters Faggruppe for Manuel Terapi.

Begrundelse:

Betegnelsen Muskuloskeletal Terapi har vist sig at volde problemer, idet der er sammenfald med Danske Fysioterapeuters specialisterområde »muskuloskeletal fysioterapi« og faggruppens navn.

Navnet er desuden ikke særlig mundret, og stavningen af navnet har i det forløbne år vist sig at være mangfoldig.



Der indkaldes hermed til

GENERALFORSAMLING

i Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin Odense, den 1. februar 2003

Dagsorden:

1. Valg af dirigent
2. Formandens beretning
3. Aflæggelse af regnskab ved kassereren
4. Rapport fra udvalg
5. Rapport fra repræsentanter ved FIMM og DMS
6. Forslag fra medlemmer
7. Valg af bestyrelsesmedlemmer i henhold til vedtægterne §4 stk. 2
 - a. følgende er på valg:
 - i. Formand Lars Remvig afgår, kan ikke genvælges
 - ii. Kasserer Peter Silbye, er villig til genvalg
 - iii. Jette Parm, er villig til genvalg
 - iv. Pierre Schydrowsky, er villig til genvalg
8. Valg af repræsentanter og revisor
9. Fastsættelse af kontingent
10. Udnævnelse af Æresmedlem
11. Eventuelt



DSMM og DFFMT

Skulderlidelser – patologi, diagnostik og behandling

Hotel H. C. Andersen, Odense

31.1–1.2.2003

Fredag

09.30–10.00	Kaffe
10.00–10.15	Velkomst
10.15–10.55	Sensoriske og motoriske aspekter af muskelsmerte. Lektor, cand.polyt., Ph.D. Thomas Graven-Nielsen
10.55–11.35	Patofysiologi fra en Arbejdsmedicinsk synsvinkel. Cand.scient., Ph.D. Bente R. Jensen
11.35–12.15	Dyskoordination, instabilitet og udtrætning i skulderen hos idrætsudøvere. Ortopædkirurg, Ph.D. Michael Krosgaard.
12.15–13.30	Frokost
13.30–14.15	The Pathogenesis of “RSI” (Repetitive strain injury) of the Upper Limb. Consultant orthopaedic physician, dr. Michael Hutson.
14.15–15.00	Muskeldysbalance – stabiliserende og mobiliserende muskler. Konsekvens for funktion omkring skulderen. Fysioterapeut Dip.MT, Flemming Enoch
15.00–15.30	Ultralydsdiagnostik Reumatolog, Ph.D. Pierre Schydlowsky
15.30–16.00	Kaffe/Te pause – Udstilling
16.00–16.45	Evalueringsmetoder for skulderbesvær – hvad kan vi stole på? En oversigt over kliniske test, billeddiagnostiske metoder og spørgeskema. Fysioterapeut, MSc., Ph.D.-stud. Jan M. Bjordal
16.45–17.30	Specielle differentialdiagnoser. Ortopædkirurg Steen-Erik Christensen
19.30	Festmiddag

Lørdag

09.00–09.45	Skulderrehabilitering. Fysioterapeut Mogens Dam
09.45–10.15	Evidens for fysioterapeutiske behandlingsformer til skuldersmerter. »Findes der overhovedet nogen evidens og kan vi anvende den?« Fysioterapeut, MSc., Ph.D.-stud. Jan M. Bjordal
10.15–10.45	UL-vejledt injektionsbehandling. Reumatolog Ulrich Fredberg
10.45–11.15	Kaffe/Te pause – Udstilling
11.15–12.15	Kirurgisk behandling. Ortopædkirurg Steen-Erik Christensen
12.15–13.00	Frokost
13.00–	Generalforsamlinger

*Deltagere i årsmødet kan deltage gratis i 1st FIMM Scientific Conference torsdag den 30. januar.
Se annoncering andetsteds. Husk tilmelding.*

Tilmelding på: www.DSMM.org eller ved modstående slip.

SENSORISKE OG MOTORISKE ASPEKTER AF MUSKELSMERTE

Fra hverdagen er det velkendt, at muskelsmerter hæmmer det naturlige bevægelsesmønster. Bevægelser med nedsat amplitude, kraft og hastighed samt hurtigere udtrætning er velkendt for muskelsmertepatienter. Genoptræningsforløb for muskelsmertepatienter er endnu ikke ideel, da effekten af muskelsmerte på den motoriske kontrol ikke er klarlagt. Arbejdsbetinget muskeludtrætning og udviklingen af muskelsmerte kræver også en bedre forståelse af de smerteprovokerede ændringer i den motoriske kontrol for at kunne forebygge problemerne. Eksperimentel muskelsmerteforskning har bidraget betydeligt til en kortlægning af den effekt akut muskelsmerte har på den motoriske kontrol og derved formulering af nye forklaringsmodeller.

Meddelte smerte (referred pain) og muskulær hyperalgesi er andre fænomener der er karakteristisk for muskelsmerte. De neurofysiologiske mekanismer for meddelt smerte og muskulær hyperalgesi er ikke fuldstændig beskrevet, men eksperimentelle studier har vist, at sensitivering af 2. ordens neu-

roner i centralnervesystemet er vigtig. En sådan plasticitet i centralnervesystemet kan skyldes et vedvarende smerteinput. Det har således vist sig, at muskuloskeletale smertepatienter oplever forøgede områder med meddelt smerte, hvis der sammenlignes med personer uden muskelsmerte.

Dette indlæg vil give en generel introduktion til ovennævnte mekanismer med udvalgte eksempler fra skulderregionen.

Thomas Graven-Nielsen,
Center for Sensorisk-Motorisk Interaktion,
Aalborg Universitet

PATOFYSIOLOGI SET FRA EN ARBEJDSFYSIOLOGISK SYNSVINKEL

Gener i skulder/nakke-området og i overekstremiteterne er hyppige. En del af disse gener er relateret til mere eller mindre kendte påvirkninger i arbejdet. Længerevarende statiske muskelbelastninger som fx arbejde med løftede arme, repetitive skulderbelast-



TILMELDING TIL ÅRSMØDE 2003:

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr. og by: _____

Telefon: _____

Medlem af: DSMM McK MT-gr.

	Medlem	Ikke medlem
Eksternat inkl. middag fredag:	<input type="checkbox"/> 2.000,-	<input type="checkbox"/> 2.300,-
Internat i enkeltværelse	<input type="checkbox"/> 2.500,-	<input type="checkbox"/> 2.700,-
Internat i dobbeltværelse	<input type="checkbox"/> 2.350,-	<input type="checkbox"/> 2.550,-

Sendes til: Birthe Skov, Comwell Kolding, Skovbrynet 1, 6000 Kolding
Sammen med check på beløbet.

Sidste tilmeldingsfrist: Mandag den 16. december 2002.

ninger, arbejde med relativt store nakkevinkler samt mangel på restitution er blandt de faktorer, der kan øge risikoen for udvikling af symptomer i skulder/nakke og overekstremitet. Gennem de senere år er der sket en betydelig vækst i antallet af fx computerarbejdspladser, og det er i dag erkendt, at computerarbejde udført i lang tid kan øge risikoen for udvikling af besvær i bevægeapparatet. Dette arbejde stiller relativt store krav til den motoriske finkoordineret og er ofte ledsaget af mentale krav i form af fx tidspres m.v.

Udvikling af arbejdsrelaterede lidelser i bevægeapparatet kan ses som et resultat af en lang række fysiologiske processer i vævet, der forløber før den egentlige skade opstår. Kendskab til disse processer er imidlertid væsentlige for en målrettet forebyggelse, behandling og rehabilitering. I litteraturen er fremsat en række patofysiologiske modeller, der fokuserer på forskellige aspekter af mulige sammenhænge mellem påvirkninger i arbejdet og udvikling af gener og besvær i bevægeapparatet.

I præsentationen på mødet diskuteres nogle af disse modeller, og der præsenteres data der belyser, hvordan dels mentale belastninger i arbejdet og dels alderen kan have betydning for den fysiske belastning.

Bente R. Jensen

ULTRALYDSSKANNING AF SKULDEREN

Diagnostisk ultralyds anvendelighed til at påvise bløddelslæsioner i skulderen er veldokumenteret. Teknikken er billig, uden bivirkninger, og tillader en dynamisk vurdering af forholdene. Den er afhængig af operatørens erfaring og af den undersøgte struktur. Den er sikker i diagnostikken af totale rotatorcufflæsioner, med sensitivitet/specificitet op til 100/93%. Partielle rotatorcufflæsioner er vanskeligere at diagnosticere, med en sensitivitet vekslende mellem 41 og 93%. Kun få undersøgelser omhandler visualiseringen af labrumlæsioner som kan diagnosticeres med sensitivitet/specificitet op til 98/92.

P. Schydlowsky

Forskning

DSMM har nedsat et videnskabeligt udvalg. Hvis du har forskningstanker og ønsker råd og vejledning, kan du henvende dig til: Forskningsudvalgets formand, overlæge dr.med. Lars Remvig, Klinik for Medicinsk Ortopædi og Rehabilitering, H:S Rigshospitalet, 2100 København Ø.

Der gøres opmærksom på, at Scientific Committee i FIMM har udarbejdet to forskningsprotokoller, der kan hentes på DSMM's hjemmeside: www.dsmm.org under videnskab.

Det drejer sig om reproducibility and validity studies of diagnostic procedures in Manual/Musculoskeletal Medicine og efficacy-Trials of Therapeutic Procedures in Manual/Musculoskeletal Medicine.

1st FIMM Scientific Committee Conference

Reliability and Efficacy studies in Low-Back Pain and other Musculoskeletal Disorders

Radisson SAS, Hotel H.C. Andersen,
Odense

Thursday 30th of January 2003

Program:

- 09.00–09.30 Registration.
09.30–09.40 Opening of the 1st FIMM Scientific Committee Conference.
Jacob Patijn, Chairman Scientific Committee FIMM
09.40–10.00 The Place of Science within the FIMM.
Michael Hutson, Vice-President of FIMM
10.00–10.20 The SC-protocol on reliability studies; the format of kappa studies.
Jacob Patijn
10.20–10.40 Preliminary results of the German Kappa study.
Lothar Beyer
10.40–11.00 Influencing the prevalence in kappa studies: preliminary results of the Dutch Kappa study(ies).
Jacob Patijn
11.00–11.20 Coffee/tea break
11.20–11.40 Rating of manual diagnostics as part of Sommerfeld Staging.
Seidel and Nimier
11.40–12.00 The influence of training on the reliability of specific manual examination.
Ulrich Smolenski
12.00–12.20 Criterion validity of self-administered pain questionnaire in LBP patients with and without sciatica.
Berit Schiøttz-Christensen
12.20–12.40 Therapy with manual medicine and physiotherapy applied in 80 children with infantile cerebral palsy.
Lohse-Busch
12.40–14.00 Lunch break (lunch not included)
14.00–14.20 Thoracic Pain, new developments.
Jean-Yves Maigne
14.20–14.40 Surface EMG measurements and Stabilizing Exercises.
Olavi Airaksinen
14.40–15.00 Criterion validity of self-adminis-

tered questionnaire used to identify patients that have intervertebral disc disease.

Berit Schiøttz-Christensen

- 15.00–15.20 Interobserver variability in the use of selected test for muscle dysfunction in LBP patients.

Berit Schiøttz-Christensen

- 15.20–15.50 Coffee/tea break

- 15.50–16.10 Efficacy of M/M Medicine: State of the art.

Stefan Blomberg

- 16.10–16.30 Randomized Osteopathic Manipulation Study. A pragmatic RCT in primary care.

Nefyn Williams

- 16.30–16.50 Pragmatic RCT in LBP, preliminary results.

Stefan Blomberg

- 16.50–17.30 New Algorithm for LBP in M/M Medicine.

Stefan Blomberg

- 17.30–18.00 General discussion and closing remarks.

Jacob Patijn

Free admittance for members of DSMM, DFFMT and McKenzie Institute Denmark, participating in the annual DSMM/DFFMT meeting.

Organising committee:

Jacob Patijn, MD, PhD

Jpat@groupwise.azm.nl

Lars Remvig, Dr.Med.Sci

remvig@rh.dk

Tilmelding: www.DSMM.org

Generelt for kurserne

Sted: Comwell Kolding, Skovbrynet 1, 6000 Kolding. Tlf. 76 34 11 00.

Kursusafgift: Er anført under de enkelte kurser. For kursister, som ikke er medlem af DSMM, Danske Fysioterapeuters Faggruppe for Muskuloskeletal Terapi eller McKenzie Institut Danmark, vil der være et administrationsgebyr på 500 kr. For Basiskursus, Columna, er prisen dog den samme for alle faggrupper, idet dette kursus er et introduktionskursus.

Der indbetales depositum på 1.000 kr. hvilket sikrer plads på kurserne. Ved skriftlig framelding senest 2 måneder før kursusstart tilbagebetales halvdelen af depositumbeløbet.

Kursussekretær: Birthe Skov, Comwell-Kolding, Skovbrynet 1, 6000 Kolding. Tlf. 76 34 11 00.

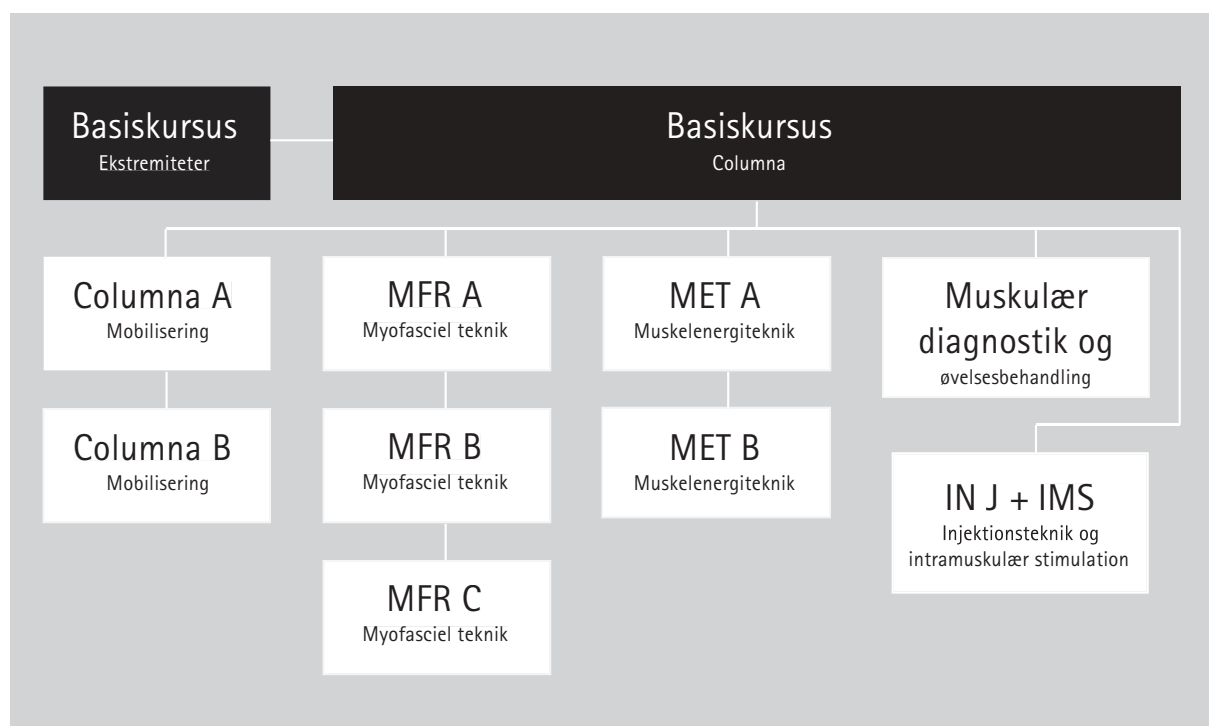
Tilmelding: Skriftlig til kursussekretæren. Optagelse finder sted i den rækkefølge, tilmeldingerne modtages.

Anvend venligst tilmeldingsblanketterne i bladet, (fotokopi eller e-mail).

Kursusarrangør: DSMM's uddannelsesudvalg.

DSMM's lærerstab:

Professor, dr.med. Henning Bliddal,
2000 Frederiksberg
Overlæge Johannes Fossgreen,
8270 Højbjerg
Speciallæge Allan Gravesen,
4220 Korsør
Speciallæge Torben Halberg,
2760 Måløv
Speciallæge Steen Hecksher-Sørensen,
8700 Horsens
Overlæge Palle Holck,
8000 Århus C
Speciallæge Niels Jensen,
2760 Måløv
Speciallæge Jørgen Korsgaard,
3200 Helsingør
Speciallæge Lene Krøyer,
2800 Lyngby
Speciallæge Palle Lauridsen,
5800 Nyborg
Speciallæge Gerd Lyng,
3770 Allinge



MT-GRUPPENS INSTRUKTØRUDDANNELSE

Speciallæge Jes Lætgaard,
8700 Horsens
Speciallæge Jette Parm,
4400 Kalundborg
Overlæge Glen Gorm Rasmussen,
9000 Aalborg
Overlæge, dr.med. Lars Remvig,
København
Speciallæge Berit Schiøttz-Christensen,
8000 Århus
Speciallæge Pierre Schydrowsky,
3500 Værløse
Speciallæge André Soos,
6100 Haderslev
Speciallæge Lisbeth Wemmelund,
8270 Højbjerg
Speciallæge Peter Silbye,
4600 Køge
Speciallæge Lars Faldborg,
8300 Odder
Speciallæge Finn Johannsen,
2820 Gentofte

Associerede lærere:
Professor, dr.med. Kristian Stengaard-Petersen
Overlæge, dr.med. Bente Danneskiold-Samsøe

DSMM's uddannelsesudvalg:
Niels Jensen, formand
Palle Lauridsen, sekretær
Henning Bliddal, Lene Krøyer, Steen Hecksher-Sørensen

Detaljeret kursusbeskrivelse af de enkelte kurser findes på DSMM's hjemmeside: www.dsmm.org samt Manuel Medicin nr. 1/2001, hvortil henvises

Tilmeldingsblanket
kan rekvireres hos kursussekretær
Birthe Skov
Comwell Kolding
Skovbrynet 1
6000 Kolding

Tlf. 76 34 11 00
Eller via internetadressen www.dsmm.org

Har du interesse for MT-konceptet?

Har du lyst til at undervise?

Vil du gerne udvikle dig fagligt,
pædagogisk og personligt?

Hvis ja, har du muligheden, idet MT-gruppen har brug for nye volontører.

Som volontør skal du deltage i fire af MT-gruppens grundlæggende kurser, og på disse fungere som medunderviser i den praktiske del.

Undervejs i uddannelsesforløbet skal du holde fire foredrag for en del af undervisningsgruppen. Emne og målgruppe får du oplyst på forhånd, samt hjælp til litteratur, hvis du har brug for det. Den håndværksmæssige side af uddannelsen foregår efter mesterlæreprincippet.

Transport og ophold med fuld forplejning vil blive dækket i forbindelse med de fire kurser.

Efter hvert kursus evalueres forløbet sammen med dig.

Kvalifikationer:

Du behøver ikke at have gennemført alle MT-gruppens efteruddannelseskurser inden du starter. Har du deltaget på Trin 2-kurserne eller har du den gamle kursusrækkes C 2, Maitland og/eller Mob 1, samt 3-5 års klinisk erfaring er det et fint grundlag at starte på.

Du skal være indstillet på at gennemføre hele kursusrækken og tage minimum MT-eksamen del 1 inden du er færdig som instruktør.

Skriftlig ansøgning sendes til:
Formanden for MT-gruppen
Fysioterapeut Vibeke Laumann
Bakkedraget 49
3460 Birkerød
e-mail: vibeke.laumann@mail.dk

Ansøgningsfrist: 1. januar 2003.

Øvrige oplysninger:

Du kan læse mere om MT-gruppens instruktøruddannelse på vores hjemmeside www.manuelterapi.dk



EKSAMEN I MUSKULOSKELETAL TERAPI DEL 1 OG 2

Arrangør: Danske Fysioterapeuters Faggruppe
for Manuel Terapi.

Tid: Maj 2003

Der henvises til annoncering i Muskuloskeletalt Forum nr. 3 2002.

Pris: 500 kr. for medlemmer og
1000 kr. for ikke-medlemmer

Tilmelding: Senest 15. januar 2003 på
MT-Faggruppens tilmeldingsblanket
med en crosset check på beløbet til
Aase Krog, Torvegade 72, 3 TH,
6700 Esbjerg

Tilmeldingsblanketten kan fotokopieres fra nr. 3
Muskuloskeletalt Forum eller rekvireres fra hjemmesiden: www.manuelterapi.dk

IMS KURSET 24.-26. JANUAR 2003 NYT KURSUS – ELLER EN DEL FORANDRET

Vi er nogle stykker fra lærergruppen som har deltaget i Palle Rosteds kurser i »akupunktur på naturvidenskabeligt grundlag« i Sheffield. Det har været en meget god oplevelse med et stort og anvendeligt fagligt udbytte.

Palle Rosteds kurser er meget pædagogisk og stringent opbyggede og de er programmeret efter P.R.'s lyst til at arbejde med evidensbaserede metoder. Det er således især triggerpunktakupunktur og den segmentære akupunktur der er hovedhjørnestene i kurserne.

Ved det sidste kursus i april 2002 fik vi en aftale i stand med Palle Rosted om et samarbejde, da disse akupunkturteknikker er som skræddersyede til at kombinere med den diagnostik og behandling, som vi som manuelmedicinere anvender.

Kursusprogrammet er ikke endeligt fastlagt endnu, men ud over de oprindelige programpunkter om blokader og ledinjektioner, samt ultralyd diagnostik og smerteforskning bliver hovedemnerne nok:

Akupunktur til behandling af ryg, hovedpine/migræne, skuldre samt albuer, og det må vel siges at være kræset for enhver praktiserende læge.



Kursuskalender – 2003

Sted:	Kursus:	Tidspunkt:
■ Odense	NDUB – Neurodynamisk undersøgelse og behandling	12.–13. januar
■ Kolding	Trin 1 A og Trin 1 B 1.del 2.del	26.–28. januar 23.–24. februar
■ Kolding	Trin 2 A og Trin 2 B 1.del 2.del	2.–4. marts 16.–17. marts
■ Kolding	Women's Health – introduction	17. marts
■ Kolding	Women's Health	18. –20. marts
■ Kastrup	MET – intro, pelvis, col.lumb.	29.–30. marts
■ Kolding	MET – intro, pelvis, col.lumb.	2.–3. april
■ Vejen	MET – col. cervicalis	5.–6. april
■ Kolding	Trin 3 B (mob)	1.–3. juni

Kalenderen opdateres på: www.manuelterapi.dk

MCKENZIE INSTITUT DANMARK – Kursuskalender 2003

Sted:	Kursus:	Tidspunkt:
■ Århus	Part A	19.–22. januar
■ Århus	Part B	23.–25. januar
■ PTU, Rødovre	Part B	31. januar–2. februar
■ Kolding	Part C	29. april–1. maj
■ Kolding	Part D	2.–5. maj
■ Kolding	Part D	30. september–3. oktober
■ Kolding	Part C	4.–6. oktober

Kursusrække:

Sidste år introducerede »Institut for Mekanisk Diagnostik og Terapi« en kursusrække fra Part A til Credentialeksamen. Det er muligt igen i år at tilmelde sig rækken med start på Part A i august 2002. Præcise datoer og priser er annonceret i DF fagblad nr. 3, 2002.

Kurser generelt: Yderligere information kan søges på hjemmesiden: www.McKenzie.dk

Eventuelle spørgsmål kan e-mailles til ajs@teliamail.dk

Sekretær og kursusarrangør:

Merethe Fehrend, Bygaden 60
2630 Taastrup
Tlf. 70 22 04 64 kl. 18.00–20.00
E-mail: info@mckenzieinst.dk

Anne Juul Sørensen, Duebrødrevvej 5
4000 Roskilde
Tlf. 46 36 49 51 kl. 18.00–20.00
E-mail: ajs@teliamail.dk



Eksamen i Muskuloskeletal Terapi

Oversigt over de personer som har bestået Muskuloskeletal Terapi eksamen Del I

Flemming Petersen	Jeppe Åkjærvej 8, 7430 Ikast	1990
Kirsten Thomsen	Skovvej 13, 3300 Frederiksværk	1990
Karen Prip	Enghave 13, 2960 Rungsted	1990
Aase Krog	Torvegade 72, 3. th., 6700 Esbjerg	1992
Annette Kamstrup	Jernbanegade 63, 4690 Haslev	1997
Karen Christensen	Hybenvænget 49, 8362 Hørning	1999
Bjarne Rittig-Rasmussen	Hasselurten 16, 7500 Holstebro	2000
Claus Faber	Forhåbningsholms Allé 27, 1. tv. 1904 Frederiksberg C	2000
Birte Stahmer Hansen	Tødtegårdsparken 44, 8653 Them	2001
Annette Diget	Aldersrovej 13, 8600 Silkeborg	2001
Inger Madsen	Sct. Ibs gade 25, 2. tv., 8800 Viborg	2001
Ove Zachariassen	Bakkevænget 6, 5450 Otterup	2001
Gurli Tinghus	Babylonevej 14, 3050 Humlebæk	2001
Karen Louise Gantzler	Esrom hovedgade 25, B1, 3230 Græsted	2001
Eva Bæcher Hansen	Hellerupvej 43, 2. th., 2900 Hellerup	2001
Zerrin Sirek	Dybbølsgade 53, 3. th., 1721 København V	2001
Dorte Uldahl Kelsbak	Grantoftevej 8, 3500 Værløse	2001
Lene V. Johansen	Bøgevej 5, Ejby, 4070 Kr. Hyllinge	2001
Sanne Holst Jensen	Købkesvej 60, 5230 Odense M.	2001
Karina Kingo	Haraldsgade 39, st. tv., 2200 København N.	2001
Niels Martinsen	Langetofte 7, Osted, 4000 Roskilde	2001
Lars Niels Johansen	Bernstorffvej 23, 5000 Odense C.	2002
André Niemeijer	Vestergade 33 A, 4930 Maribo	2002
Einar Einarsson	Trige Parkvej 31. 1. tv., 8380 Trige	2002
Niels D. Erichsen	Brådervej 14, 3500 Værløse	2002
Niels Honore	Rebekkavej 9, 1., 2900 Hellerup	2002
Ida Bach Christensen	Harsdorppsvej 7B, 2. tv., 1874 Frederiksberg C	2002
Jens Erik Jørgensen	Dinesensvej 26, 9000 Aalborg	2002
Jesper Skytte	Kirketoftvej 18, 1, 8850 Bjerringbro	2002
Rasmus Gravesen	Samsøgade 7, 4. tv., 9000 Aalborg	2002
Peter Lehn Petersen	Flinthøjen 44, 8382 Hinnerup	2002
Henrik Olsen	Bannestrupparken 40, Tvis, 7500 Holstebro	2002
Karsten Thorø	Tordenskjoldsgade 61, 5. mf., 8200 Århus	2002
Lars Kristensen	Højvang 13, 9600 Aars	2002



Eksamen i Muskuloskeletal Terapi

Oversigt over de personer som har bestået Muskuloskeletal Eksamen Del II og kan anvende titlen DipMT

Birte Carstensen	Nordensplads 4, 7. lejl.13, 2000 Frederiksberg	1973
Leif Ryttertoft		1973
Hanne Thorsen	Frenderupvej 16, 2830 Virum	1973
Eirik Martinussen	Mads Clausensvej 4, 6430 Nordborg	1973
Asbjørn Midttun	Skomagergade 16, 1., 4000 Roskilde	1986
Inger Skjærbæk	Rønnebær Alle 2, 3000 Helsingør	1992
Inger Saerens	Højmarken 168, 8600 Silkeborg	1992
Lene Abildhaug	Gyvelvej 2, 2680 Solrød Strand	1992
Carl-Terje Rørvik	Horshøjvej 4, Hejring, 9500 Hobro	1992
Merethe Ferend	Bygaden 60, 2630 Taastrup	1992
Alik Weintraube	Strandbygade 66, 6700 Esbjerg	1993
Per Kjær	Havnegade 95, 5900 Rudkøbing	1998
Hans Kromann Knudsen	Troense strandvej 36, 5700 Svendborg	1998
Dorthea Petersen	Gyvelvej 38, 6621 Gesten	1999
Inge Ris	Kanalvej 96, 5000 Odense C	1999
Arne Elkjær	Hasselvej 2B, 3480 Fredensborg	2000
Flemming Enoch	Løjtegårdsvej 157, 2770 Kastrup	2000
Merete Husum	Jagtvej 15, 9000 Ålborg	2000



Diagnostik og mobilisering af columna C, T og overekstremiteter – Trin 2, kursus B

Sted: Comwell, Skovbrynet 1,
6000 Kolding

Deltagere: Fysioterapeuter, der har gennemført
Trin 1, kursus A og B

Tid: 1. del: 2.–4. marts 2003
2. del: 16.–17. marts 2003

Undervisere: Medlemmer af MT-gruppens under-
visningsgruppe

Kursuspris: kursusafgift: kr. 5.200.
Lokaleleje inkl. måltider kr. 2.500

Kursusform: Eksternat.
Der er mulighed for overnatning på
Comwell. Hvis dette ønskes angives
det på tilmeldingsblanketten. Beløbet
for internat er kr. 5.000.

Tilmelding: Senest 15. december på tilmeldings-
blanket fra Fysioterapeuten, samt
crosset udateret check kr. 7.700 til:
Inger Skjærbæk
Rønnebær Allé 2
3000 Helsingør
Beløbet kan sættes ind på MT-grup-
pens kursuskonto i UNI-Bank,
Stengade 45, 3000 Helsingør.
Konto 2255-1905637077
Husk at få dit navn noteret på kon-
toutdøget ved denne form for indbe-
taling.
Tilmelding kan foretages over
e-mail – ingerskj@post10.tele.dk –
angiv navn, adresse og telefonnumre
– med hensyn til betalingen skal
beløbet være indsat senest den 15.
december for at tilmeldingen tages
i betragtning.

Neurodynamisk undersøgelse og behandling – NDUB

Kursusarrangør: Danske Fysioterapeuters Fagforum
for Muskuloskeletal Terapi

Tid: 12.–13. januar 2003

Sted: Odense

Kursusform: Eksternat

Deltagere: Fysioterapeuter

Undervisere: Medlemmer af MT-gruppens
undervisningsgruppe

Kursuspris: Kr. 2.400
For medlemmer: kr. 2.300
Heri indgår kursusmateriale og
kaffe/te i pauserne

Tilmelding: Senest 11. november 2002 på til-
meldingsblanket fra Fysioterapeu-
ten, samt crosset udateret check på
beløbet til:
Inger Skjærbæk
Rønnebær Allé 2
3000 Helsingør
Beløbet kan sættes ind på MT-
gruppens kursuskonto i Nordea,
Stengade 45, 3000 Helsingør.
Konto 2255-1905637077
Husk at få dit navn noteret på
kontoudtøget ved denne form for
indbetaling.
Tilmelding kan foretages over
e-mail – ingerskj@post10.tele.dk
– Med hensyn til betalingen skal
beløbet være indsat senest den 11.
november for at tilmeldingen
tages i betragtning.

Diagnostik og mobilisering af columna L, pelvis og underekstremiteter – Trin 1, kursus A

Sted: Comwell, Skovbrynet 1, 6000 Kolding

Tid: 1. halvdel: 26.–28. januar 2003
2. halvdel: 23.–24. februar 2003

Undervisere: Medlemmer af MT-gruppens undervisningsgruppe

Kursuspris: kursusafgift: kr. 5.200.
Lokaleleje inkl. måltider kr. 2.500.

Kursusform: Eksternat.
Der er mulighed for overnatning på Comwell. Hvis dette ønskes angives det på tilmeldingsblanketten. Beløbet for internat er kr. 5.000.

Tilmelding: Senest den 11. november 2002 på tilmeldingsblanket fra Fysioterapeuten, samt crosset udateret check kr. 7.700 til:
Inger Skjærbæk
Rønnebær Allé 2
3000 Helsingør
Beløbet kan sættes ind på MT-gruppens kursuskonto i UNI-Bank, Stengade 45, 3000 Helsingør.
Konto 2255-1905637077
Husk at få dit navn noteret på kontoudtoget ved denne form for indbetaling.
Tilmelding kan foretages over e-mail – ingerskj@post10.tele.dk – angiv navn, adresse og telefonnumre – med hensyn til betaling skal beløbet være indsat senest den 11. november for at tilmeldingen tages i betragtning.

Diagnostik og mobilisering af columna C, T og overekstremiteter – Trin 1, kursus B

Sted: Comwell, Skovbrynet 1, 6000 Kolding

Deltagere: Fysioterapeuter, der har gennemført Trin 1, kursus A.

Tid: 1. halvdel: 26.–28. januar 2003
2. halvdel: 23.–24. februar 2003

Undervisere: Medlemmer af MT-gruppens undervisningsgruppe

Kursuspris: kursusafgift: kr. 5.200.
Lokaleleje inkl. måltider kr. 2.500.

Kursusform: Eksternat.
Der er mulighed for overnatning på Comwell. Hvis dette ønskes angives det på tilmeldingsblanketten. Beløbet for internat er kr. 5.000.

Tilmelding: Senest den 11. november 2002 på tilmeldingsblanket fra Fysioterapeuten, samt crosset udateret check kr. 7.700 til:
Inger Skjærbæk
Rønnebær Allé 2
3000 Helsingør
Beløbet kan sættes ind på MT-gruppens kursuskonto i UNI-Bank, Stengade 45, 3000 Helsingør.
Konto 2255-1905637077
Husk at få dit navn noteret på kontoudtoget ved denne form for indbetaling.
Tilmelding kan foretages over e-mail – ingerskj@post10.tele.dk – angiv navn, adresse og telefonnumre – med hensyn til betaling skal beløbet være indsat senest den 11. november for at tilmeldingen tages i betragtning.



MET 1: Introduction – Pelvis og Columna Lumbalis

Tid: 29.–30. marts 2003
Sted: Klinik for Fysioterapi
Løjtegårdsvej 157, 2770 Kastrup

Kurset indeholder teoretisk introduktion til Muscle Energy Technique og teknikker for pelvis og columna lumbalis.

MET 1: Introduction – Pelvis og Columna Lumbalis

Tid: 2.–3. april 2003
Sted: Kolding fysioterapi og træningsklinik
Saxovej 12, 6000 Kolding

Kurset indeholder teoretisk introduktion til Muscle Energy Technique og teknikker for pelvis og columna lumbalis.

MET 3: columna Cervicalis

Tid: 5.–6. april 2003
Sted: Klinik for Fysioterapi & Træning,
Plantagevej 2 B, 6600 Vejen

MET 1 skal gennemføres før MET 3

Følgende gælder for alle 3 kurser:

Sprog: Engelsk
Undervisere: Fysioterapeuterne Randy Nakasone, Suzanne Llamas og Michael McFall fra New Mexico, USA.
Kursuspris: kr 2.400,- inkl. lokaleleje, kaffe/te og frokost.
Pris for ikke-medlemmer af MT-gruppen: kr. 2.600,-
Tilmelding: senest 20. januar 2003 til met@manuelterapi.dk med oplysning om navn, adresse, tlf. nr. og MT medlemsnr. + indbetaling på konto i Danske Bank: Reg. nr. 37 37 konto nr. 37 37 52 36 32
Husk at oplyse navn ved indbetaling. Eller send din tilmelding sammen med en crosset, udateret check på beløbet til: Dorthea Petersen, Gyvelvej 38, 6621 Gesten med oplysning om navn, adresse, tlf. nr. og MT medlemsnr. Oplys også meget gerne e-mail-adresse. Obs Medlemmer af MT gruppen har fortrinsret.

Se kursusbeskrivelser på:
www.manuelterapi.dk/kurser

DSMM Kursuskalender – 2003

Kursus:	Tidspunkt: (start 1. dag kl. 9.00, slut sidste dag kl. 16.00)	Kursuspris (se nedenfor):	
		Medlemmer	Ikke-medlemmer
<input type="checkbox"/> Inj. + IMS	24.–26. januar	kr. 7.400,-	kr. 7.900,-
<input type="checkbox"/> Øvelsesterapi	24.–31. januar	kr. 13.300,-	kr. 13.800,-
<input type="checkbox"/> MFR A	14.–16. marts	kr. 7.400,-	kr. 7.900,-
<input type="checkbox"/> Basis Columna	14.–18. marts	kr. 8.600,-	kr. 11.600,-
<input type="checkbox"/> MFR C	21.–23. marts	kr. 7.400,-	kr. 7.900,-
<input type="checkbox"/> MET A	4.–7. april	kr. 9.400,-	kr. 9.900,-
<input type="checkbox"/> Basis Ekstremiteter	25.–28. april	kr. 9.400,-	kr. 9.900,-
<input type="checkbox"/> MFR B	26.–28. september	kr. 7.400,-	kr. 7.900,-
<input type="checkbox"/> Columna B Mob.	26.–28. september	kr. 9.600,-	kr. 10.100,-
<input type="checkbox"/> Columna A Mob.	24.–27. oktober	kr. 9.400,-	kr. 9.900,-
<input type="checkbox"/> MET B	21.–24. november	kr. 9.400,-	kr. 9.900,-
<input type="checkbox"/> Basis Columna	21.–25. november	kr. 8.600,-	kr. 11.600,-

Basiskursus, Columna og Basiskursus, ekstremiteter: Prisen er inkl. lærebog og kursusmateriale.

Øvelsesterapikursus: Prisen er inkl. rejse og ophold med helpension samt rejseforsikring og særligt kursusmateriale.

Prisen for medlemmer er gældende for følgende faggrupper:

- Medlemmer af DSMM
- Medlemmer af Danske Fysioterapeuters Faggruppe for Manuel Terapi
- Medlemmer af McKenzie Institut Danmark

Prisen for ikke-medlemmer gælder øvrige faggrupper.

Forskellen mellem de to kursuspriser skal betragtes som et administrationsgebyr for kursister, der ikke er medlemmer af de nævnte faggrupper.

Kalenderen opdateres på www.dsmm.org

TILMELDINGSBLANKET til DSMM-kurser 2003:

Jeg tilmelder mig herved bindende de ovennævnte kurser, som jeg har afkrydset.

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr. og by: _____

Telefon: _____

Jeg er medlem af: DSMM McK MT-gr.

Jeg tilhører følgende fraktion: P.L.O FAS FAYL

Depositum indsender jeg inden for 1 uge efter modtagelsen af optagelsesbekræftigelse på kurset/kurserne, og restbeløbet skal være foreningen i hænde senest 6 uger før påbegyndelse af kursus.

Dato: _____

Underskrift: _____

Tilmeldingsblanketten sendes til :

Birthe Skov, Comwell Kolding, Skovbrynet 1,
6000 Kolding. Sammen med check på beløbet.

Kommende møder

www.rygforum.dk

Der gøres opmærksom på Rygforum DK, som er en tværfaglig, uformel interessegruppe omkring forskning omkring rygproblemer. Rygforum DK er åben for læger, fysioterapeuter, kiropraktorer og andre med interesse for rygproblemer.

Nærmere oplysninger kan indhentes på internet-adressen: www.rygforum.dk

Videreuddannelse for diplomlæger

Deutsche Gesellschaft für Osteopatische Medizin påbegyndte år 2000 videreuddannelse for diplomlæger i Manuel Medicin/Muskuloskeletal Medicin i osteopatisk medicin.

Kursusleder: Wolfgang Gilliar, DO
Physical Medicine and Rehabilitation
Osteopathic Manipulative Medicine
San Fransisco

Det drejer sig om 400 timers kursus i osteopatisk medicin. Danske læger, der har diplomuddannelse i muskuloskeletal medicin, kan søge om optagelse. Kursusprogram kan rekvireres hos Glen Gorm Rasmussen.

International Society for the Study of the Lumbar Spine

May 13-17, 2003

Vancouver, Canada

(Attendees must have a paper on the program or be invited by a member).

Contact:

International Society for the Study of the Lumbar Spine
Sunnybrook and Health Science Center,
Room 323
2075 Bayview Avenue
Toronto, Ontario
Canada M4N
Tel: 416-480-4833
Fax: 416-480-6055
Email: shirley.fitzgerald@swchs.on.ca

Collaborative Conference: Spine Across the Sea

(A Combined Meeting Between the North American Spine Society and the Japanese Spine Research Society)

July 27-31, 2003

Maui, Hawaii

Contact:

North American Spine Society
22 Calendar Court, 2nd Floor
LaGrange, IL 60525
Tel: 877-Spine-Dr
Email: education@spine.org

Spine Society of Europe: Eurospine 2003

September 30-October 4, 2003

Prague, Czech Republic

Contact:

Judith Reichert Schild
Administrative Secretariat
Spine Society of Europe
Seedfeldstrasse 16
CH-8610 Uster
Switzerland
Tel: 41-1994-1404
Fax: 41-1994-1403
Email: schild@active.ch
www.eurospine.org

The GRAMMER European Spine Journal Award 2003

In order to encourage basic science research in the field of Spinal disorders, the European Spine Journal is proud to announce the *20,000 Euro GRAMMER European Spine Journal Award* for basic science. Each paper submitted to the Journal dealing with basic science qualifies automatically for this award as soon as it has been published. The winning paper will be selected at the end of each academic year (for the next time in 2002/2003) and will be announced in one of

the following issues. The GRAMMER Award will also be presented at the next EuroSpine meeting. At least one author of the winning paper must attend at his own expense the EuroSpine 2003 meeting which is being held in Prague (Czech Republic) from 30/09/03 till 04/10/03 to present the paper and receive the award.

Further information:

Hans-Joachim Wilke,
Institute of Orthopaedic Research and
Biomechanics, Helmholtzstrasse 14,
89081 Ulm, Germany
Tel: +49-731-502-3482
Fax: +49-731-502-3498
E-mail: hans-joachim.wilke@medizin.uni-ulm.de

Send dit indlæg elektronisk

Indlæg modtages gerne elektronisk.
Send pr. e-mail til redaktøren
(ansvarshavende).
Eller indsend på diskette.

DANSK SELSKAB FOR
MUSKULOSKELETAL MEDICIN

Bestyrelse:

Formand:

Overlæge, dr.med.

Lars Remvig

Klinik for Medicinsk Ortopædi
og Rehabilitering

H:S Rigshospitalet 7611, T9,

Blegdamsvej 9

2100 København Ø

E-mail: remvig@rh.dk

Næstformand:

Speciallæge i almen medicin

Jette Parm

Strandstræde 2

4400 Kalundborg

Tlf. 59 51 00 66

E-mail: jette.parm@dadlnet.dk

Kasserer:

Speciallæge i almen medicin

Peter Frost Silbye

Røglebakken 4

4320 Lejre

Tlf. 56 65 90 40

DSMM giro 809 6414

E-mail: peter_silbye@dadlnet.dk

Sekretær:

Speciallæge i almen medicin

Jette Parm

Strandstræde 2

4400 Kalundborg

Tlf. 59 51 00 66

E-mail: jette.parm@dadlnet.dk

Medlemmer:

Speciallæge i reumatologi

Finn Johannsen

Ellebækvej 10

2810 Gentofte

Tlf. 39 65 62 11

E-mail: f.e.johannsen@dadlnet.dk

Speciallæge, ph.d.

Pierre Schydrowsky

Bymidten 12 B

3500 Værløse

Tlf. 44 48 15 07

E-mail: schydrowsky@dadlnet.dk

Speciallæge i almen medicin

Allan Gravesen

Norvangen 3

4220 Korsør

Tlf. 58 37 10 48

E-mail: allan.gravesen@dadlnet.dk

Speciallæge i almen medicin

Niels Jensen

Måløv Hovedgade 69

2760 Måløv

Tlf. 44 65 54 43

E-mail: niels.jensen@dadlnet.dk

Økonomiudvalg:

Speciallæge i almen medicin

Niels Jensen

Speciallæge i almen medicin

Peter Frost Silbye

Nordisk udvalg:

Speciallæge i almen medicin

Peter Frost Silbye

Overlæge, dr.med.

Lars Remvig

Uddannelsesudvalget:

Speciallæge i almen medicin

Niels Jensen

Speciallæge i reumatologi

Lene Krøyer

Lyngby Hovedgade 57 C, 1. th.

2800 Lyngby

Tlf. 45 87 25 25

E-mail: lene.kroeyer@dadlnet.dk

Speciallæge i almen medicin

Palle Lauridsen

Kystvej 18

5800 Nyborg

Tlf. 65 31 31 91

E-mail: p.lauridsen@dadlnet.dk

Speciallæge i almen medicin

Steen Hecksher-Sørensen

Åboulevarden 78

8700 Horsens

Tlf. 75 61 13 55

E-mail: steen.hecksher@dadlnet.dk

Professor, overlæge, dr.med.

Henning Bliddal

Reumatologisk Klinik

Frederiksberg Hospital

Ndr. Fasanvej 57-59

2000 Frederiksberg

Tlf. 38 16 38 16

E-mail: bli@dadlnet.dk

Videnskabeligt udvalg:

Overlæge, dr.med.

Lars Remvig

Afdelingslæge,

speciallæge i reumatologi

Berit Schiøttz-Christensen

Reumatologisk afdeling R

Viborg-Kjellerup Sygehus

8800 Viborg

Tlf. 89 27 27 27

E-mail: berit@dadlnet.dk

Speciallæge i reumatologi

Finn Johannsen

Professor, overlæge, dr.med.

Henning Bliddal

Redaktionsudvalget:

Overlæge

Glen Gorm Rasmussen

Reumatologisk afdeling

Aalborg Sygehus Nord

9000 Aalborg

Tlf. 99 32 17 69

E-mail: glengorm@aes.nja.dk

Speciallæge i almen medicin

Gerd Lyng

Kæmpestranden 21

3770 Allinge

Tlf. 57 48 13 21

E-mail: gerd_lyng@dadlnet.dk

Overlæge, dr.med.

Lars Remvig

Speciallæge i almen medicin

Allan Gravesen

Speciallæge i almen medicin

Fritz O. Christensen

Postvænget 1

9440 Aabybro

Tlf. 98 24 13 11

E-mail: frits@dadlnet.dk

PR-udvalg:

Speciallæge i almen medicin

Gerd Lyng

Speciallæge i almen medicin

Allan Gravesen

Specialepolitisk udvalg:

Overlæge, dr.med.

Lars Remvig

Speciallæge i reumatologi, ph.d.
Pierre Schydlowsky

Speciallæge i reumatologi
Finn Johannsen

Kursussektretær:
Birthe Skov
Tlf. 76 34 11 00
Fax 76 34 13 00

DANSKE FYSIOTERAPEUTERS
FAGGRUPPE FOR
MUSKULOSKELETAL TERAPI

Formand:
Vibeke Laumann
Bakkedraget 49
3460 Birkerød
Tlf. arb. 44 44 11 15
Tlf. priv. 45 81 28 74
E-mail: vibeke.laumann@mail.dk

Næstformand:
Flemming Enoch
Løjtegårdsvej 157
2770 Kastrup
Tlf. 32 52 35 60

Sekretær:
Dorthea Petersen
Gyvelvej 38
6621 Gesten
Tlf. 75 55 73 95

Kasserer og medlemskartotek:
Aase Krog
Torvegade 72, 3. th.
6700 Esbjerg
Tlf. 75 18 06 88
E-mail: aasekrog@esenet.dk

Bestyrelsesmedlemmer:
Inger Birthe Bjørnlund
F.F. Ulriksgade 24
2100 København Ø
Tlf. 39 18 64 96

Niels Honoré
Rebikkavej 9
2900 Hellerup
Tlf. 32 52 35 60

M.Sc.PT.
Christian Couppé
TEAM DANMARK
Idrættens Hus
2605 Brøndby
E-mail: cc@teamdanmark.dk
Tlf. 26 58 68 18